Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**
Direktor der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Kreuzburg (Oberschlesien).

Zwanzigster Jahrgang 1918/19.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Sachregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

Namenregister.

Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle.

Zwanzigster Jahrgang. Nr. 1. 1918/19.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von Geheimer Sanitätsrat Prof. Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark), Geheimer Medizinal-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle, Dir. Dr. **Beyer**, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Sanitäts-Rat Dr. **Deiters**, Grafenberg, Sanitätsrat-Rat Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin), Medizinal-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer**, Hohemark, San.-Rat Dir. Dr. **Herting**, Galkhausen (Rhl.), Ob.-Med.-Rat Dr. **Ilberg**, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), Dir. Dr. **Kluge**, Potsdam, Dir. Dr. **Lehmann**, Lindenhof, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R., Dir. Dr. v. **Olah**, Budapest, Prof. Dr. **A. Pilcz**, Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß**, Wien, Geh. Rat Prof. Dr. **E. Schultze**, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger**, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke**, Eglfing b. München, Prof. Dr. **H. Vogt**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 1. 6. April. **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Psychogene Bewegungsstörungen im rechten Oberarmschultergelenk im Anschluß an eine ausgeheilte rechtsseitige Serratuslähmung.

Von Dr. **W. Heinicke,** Oberarzt an der Königlich Sächsischen Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz, früher leitender Arzt der Nervenstation vom Reservelazarett I Bautzen.

Während des Invalidenprüfungsgeschäftes im Sommer 1916 wurde mir ein Mann zur Begutachtung überwiesen, der vor Jahren an einer rechtsseitigen Serratuslähmung erkrankt war und deshalb Rente bezog.

Er klagte mir, daß er beständig Schmerzen in der rechten Schulter verspüre, die sich vom Gelenk nach hinten zögen und ihn zu jeder schweren Arbeit unfähig machten; über eigentliche Bewegungsstörungen sprach er sich nicht aus. Es handelte sich um einen Patienten in mittlerem Ernährungszustand, von gesunder Gesichtsfarbe und leidlich durchbluteten Schleimhäuten; an beiden Händen fanden sich mäßige Arbeitsschwielen.

Die Prüfung auf Serratuslähmung ergab, daß beim Herabhängen der Arme beide Schultern gleich hoch standen; auch verhielt sich das rechte Schulterblatt zur Thoraxwand nicht anders als das linke. Beim Erheben des rechten Armes nach außen, das ohne Hilfen übrigens vollständig bis zur Senkrechten möglich war, näherte sich die Skapula vor Erreichung der Horizontalen nicht mit ihrem unteren Rand der Wirbelsäule, sondern sie ging seitlich mit. Ebensowenig war beim Herabhängen des Armes der untere Schulterblattwinkel der Wirbelsäule genähert. Von einem Cucullaris- oder Rhomboideuswulst war auch nichts zu sehen. Bewegte der Kranke den auswärts erhobenen Arm nach vorn, so drehte sich die Skapula in ihrer vertikalen Achse nicht, auch stand sie nicht flügelförmig ab. Beim Erheben der Arme traten weiter die Serratuszacken beiderseits außerordentlich deutlich und unterschiedslos hervor. Die Muskulatur des Schulterblattes ober- und unterhalb der Spina scapulae war rechts etwas schwächer als links, während der rechte M. cucullaris etwas mehr entwickelt war. Die Pektoralismuskulatur erschien rechts ebenfalls stärker als links. Beide Oberarme hatten gleichen Umfang. Die elektrische Erregbarkeit im Serratusgebiet war rechts und links gleich und normal.

Aus diesem Befund ist zunächst ersichtlich, daß eine Serratuslähmung nicht mehr bestand; es war somit auch eine diesbezügliche Rentenabfindung logischerweise hinfällig.

Trotzdem war aber die Mechanik des Armhebens rechts keine ungestörte. Dasselbe ging vielmehr eigenartig geschraubt, mit übermäßiger muskulärer Kraftentwicklung ruckweise vor sich; dabei machte der Oberarmkopf schließlich eine Bewegung im Sinne einer Subluxation nach hinten durch. Beim Senken des erhobenen Armes reponierte sich zunächst der Kopf wieder; man fühlte wie ein Gleiten desselben über den Pfannenrand, genau nach der Art der sich spontan einrichtenden habituell willkürlichen Verrenkungen; im übrigen ging das Senken glatt von statten.

Dieses eigentümliche, ruckweise Hochschrauben des Armes, bei dem sich bisweilen zur leichteren Erreichung des Zieles der ganze Oberkörper nach links verbog, konnte nach der Art seines Ablaufes im Verein mit dem in Betracht kommenden Muskelbefund nicht nervös-organischen Ursprungs

sein; es erweckte dasselbe vielmehr sofort den Verdacht einer psychogenen Störung.

Die weitere neurologische Untersuchung förderte dann auch die entsprechenden Symptome zutage. Als wichtigste erwähne ich: gesteigertes Schmerzgefühl der rechten Körperseite, genau in der Körpermittellinie abschneidend; Überempfindlichkeit des getroffenen Gebietes gegen den faradischen Strom; gesteigerte Schreibhaut rechts; ungleiche Bauchdeckenreflexe zuungunsten der linken Seite; ebensolche Kremasterreflexe; fehlender Ziliar-, Bindehaut-, Gaumen- und Rachenreflex. Dazu kamen die oben erwähnten subjektiven Klagen des Kranken. Es hatte sich also bei dem Patienten im Anschluß an die Heilung der ursprünglichen peripheren Serratuslähmung eine die Erwerbsfähigkeit deutlich beschränkende psychogene Armstörung ausgebildet, die kompliziert war durch eine beim Erheben des Armes eintretende und beim Senken desselben sich wieder ausgleichende Subluxation des Oberarmes im Schultergelenk.

Ich gab dementsprechend mein Gutachten ab und billigte natürlich dem Mann auch weiter eine Rente zu.

Ich möchte die Beschreibung dieses Falles aber nicht schließen, ohne mit besonderem Nachdruck auf die Gründe hingewiesen zu haben, die mich zu seiner Veröffentlichung bestimmten.

Einmal zeigt uns die vorstehende Krankengeschichte, wie wichtig es bei den in Zwischenräumen stets nötigen Nachuntersuchungen peripherer Lähmungszustände ist, unter Zuhilfenahme sämtlicher neurologischer Untersuchungsmethoden die ursprüngliche Befundserhebung mit der eben gewonnenen ständig zu vergleichen.

Bei Befolgung dieses an sich natürlichen Rates wird man in der Lage sein, die in der Kriegszeit recht häufigen Aufpfropfungen funktioneller Störungen auf ursprünglich organische bereits im Entstehen, also rechtzeitig zu erkennen. Und mit dieser rechtzeitigen Erkennung ist dann ein viel leichterer Heilungserfolg verbunden, als wenn man vor die Tatsache gestellt wird, eine in der Vorstellung des Patienten fest eingewurzelte psychogene Störung beseitigen zu sollen. Man dient so dem Patienten, der rentenpflichtigen Stelle und spart sich viel kostbare Zeit und Mühe.

Zweitens erscheint mir der vorliegende Fall wegen der gleichzeitig vorhandenen habituellen Subluxation des Oberarmes im Schultergelenk interessant; es ist kein Zweifel, daß diese dem eigentümlich geschraubten, den Gelenkapparat ungleich belastenden Erhebungsmechanismus des Armes ihre Entstehung verdankt; daß dazu natürlicherweise eine von vornherein schlaffer angelegte Gelenkkapsel gehört, ist selbstverständlich; eine solche Neigung zur Kapselerschlaffung ist als äußeres Entartungszeichen aufzufassen und bei Psychopathen nicht selten; auch im vorliegenden Falle zeichnete sich außer der rechten Oberarmschultergelenkkapsel auch die linke durch außergewöhnliche Schlaffheit ihres Bandapparates aus.

Morde und Mörder. (II. Teil.)

Von Dr. H. **Reukauff**, z. Z. Colditz i. Sa., früher Waldheim.

(Fortsetzung).

Daß das Weib sich in jugendlichen Jahren als Mörderin betätigt, finden wir im allgemeinen nur da, wo besondere Umstände es ihr ermöglichen, im Verborgenen zu handeln oder sehr lebhafte Reaktionen bei ihr ausgelöst werden. Naturgemäß liegen diese Reaktionen mehr auf dem Gebiete des Empfindens und des Gemütes als auf realem Gebiet. Der reine Raubmord aus Habsucht wird erst eine Errungenschaft der Zeit sein, in der das Weib mehr und mehr am materiellen Erwerbe aktiv sich beteiligt und als Einzelwesen ihre soziale Rolle neben dem Manne und unabhängig von ihm spielt.

Ich kann Ihnen hier zwei solcher Fälle vorführen.

Im ersten handelt es sich um ein 17 jähriges Dienstmädchen, das eine Arbeitsgenossin tötete; im zweiten um eine Fabrikarbeiterin von 22 Jahren, die, ebenfalls als Dienstmädchen in Stellung, ihre Herrschaft mit dem Beile erschlug. Beide Mörderinnen wurden verurteilt, die erstere zu 12 Jahren Gefängnis, die zweite zum Tode.

Daß Dienstmädchen bei Mordtaten ihre Hand im Spiele haben, kommt ja häufiger vor, sei es, daß sie schon zu den erwählten Opfern ziehen, um dem Mörder die passendste Gelegenheit auszuspionieren und herbeizuführen, sei es, daß der Besitz sie lockt und sie den geeigneten Vertrauten nun zur Tat hetzen, ohne selbst einzugreifen. Daß sie von selbst so aktiv werden, ist doch nur selten und muß, da natürlich der Verdacht, solche Handlungen begünstigt zu haben, sehr leicht auf Angestellte fällt, entweder den Trieb nach fremdem Besitz sehr stark

haben auftreten oder die Gefahr der eigenen Situation verkennen lassen.

In der Tat handelt es sich in beiden Fällen auch um Individuen, deren Intelligenz und Urteilsfähigkeit schwach, deren Willensenergie ungesund ist.

Fall VI.

Als die bei dem Gastwirt und Hotelbesitzer X.[1]) in Frankenstein bedienstete K. eines Morgens um 8 Uhr die von ihr, der Kellnerin M und dem 17 jährigen Dienstmädchen Y.[1]) bewohnte Kammer aufsuchte, um sich eine Schürze zu holen, fand sie die M. im Bette in ihrem Blute schwimmend vor. Die Untersuchung ergab, daß dieselbe durch Schläge auf den Kopf getötet wurde, die mit großer Gewalt geführt, eine Zertrümmerung des Schädels herbeigeführt hatten und von einem schweren Gegenstand herrührten. Der Verdacht der Täterschaft fiel zunächst auf den in derselben Gastwirtschaft angestellten Lehrjungen, der auch trotz seines Abstreitens in Haft genommen wurde.

Die beiden Mädchen kamen nicht in Betracht, die K., welche den Mord entdeckt hatte, war erst wenige Tage in Stellung und ihr ganzes Wesen und Auftreten ließ es ausgeschlossen scheinen, daß sie die Mörderin sein könne. Die Y. war schon einige Wochen dort in Stellung und hatte auch mit der M. manchmal kleine Neckereien gehabt, die aber über das „Pack schlägt sich, Pack verträgt sich" nicht viel hinausgegangen waren, und wenn sie, die im allgemeinen recht still und verschlossen war, hierbei auch hitzig werden konnte, so war eine bleibende Gereiztheit zwischen den beiden doch nicht entstanden.

Selbstverständlich kam die Y. auch als Zeugin in Betracht und hier legte sie nun, nachdem sie sich in einige Widersprüche verwickelt sah, das Geständnis ab, daß sie selbst die Mörderin sei.

Über Grund und Ausführung der Tat will ich Ihnen die mir in der Anstalt gegebenen Aufklärungen kurz mitteilen; einmal liegen mir die Gerichtsakten nicht vor — ich möchte bei dieser Gelegenheit darauf hinzuweisen, daß nur die Staatsanwaltschaft Chemnitz Schwierigkeiten mit der Aktenhergabe gemacht hat; im übrigen bin ich, soweit ich um die zeitweise Überlassung von Akten gebeten habe, in meinem Bestreben, das hier niedergelegte Material fachwissenschaftlichem Interesse zugänglich zu machen, in dankenswertester Weise unterstützt worden —, und dann ist auch diese Darstellung so bezeichnend, daß Sie daraus allein schon Ihre Schlüsse ziehen können.

Die Y. gab außer den schon gegebenen Daten an, die Kellnerin habe gegen 200 M gehabt; einen Teil des Geldes habe sie in ihrer Reisetasche verschlossen aufbewahrt, die in dem von den drei Mädchen gemeinsam benutzten Schlafraum lag, das andere trug sie bei sich. Sie (die Y.) habe nun ihrer Mutter auf deren briefliches Drängen hin Geld schicken wollen, sie habe aber, da sie erst einen Monat Lohn erhalten habe, nicht genug besessen. Zudem habe sie sich selbst auch von einem Hausierer, wie sie öfter Kneipen absuchten, sich einige „billige" Sachen aufschnacken lassen, und dieser habe auf Bezahlung gedrängt. Daran, der Kellnerin Geld zu stehlen, habe sie nicht gedacht, habe es sich auch nicht getraut, obwohl sie wußte, wo dieselbe das Geld aufbewahrte und sie das gemeinsame Schlafzimmer aufzuräumen hatte.

Sie habe immer befürchtet, dabei überrascht oder doch bald entdeckt zu werden.

Sie sei dann auf den Gedanken gekommen, das Geld ihr mit Gewalt zu nehmen. Greifbare Gestalt habe der Gedanke zunächst nicht gewonnen, sie habe sich auch keinen Plan zurechtgelegt; als sie vielmehr eines Morgens bei ihren täglichen Verrichtungen im Keller das Holzbeil zu Gesicht bekommen habe, habe sie dieses genommen und sei nach oben gegangen, wo sie die Kellnerin noch allein schlafend wußte.

Dann habe sie dieser mit dem Beil — soviel sie wisse, der stumpfen Seite — auf den Kopf geschlagen. Ob in das Gesicht, wie oft, ob diese aufgefahren sei oder geschrien habe, das wisse sie nicht genau.

Es sei wohl ein paar Mal gewesen, und geblutet habe es dann auch. Hingesehen habe sie aber weiter nicht, gewehrt habe sich die M. auch nicht. Sie habe dann, beruhigt durch die Gewißheit, daß die M. es nicht mehr sehen oder bemerken könne, das Portemonnaie aus der Tasche gezogen und, ohne ihm etwas zu entnehmen, unter dem Kleiderschrank versteckt. Dann sei sie an ihre Arbeit gegangen.

Darüber, ob die M. tot sei, daß sie tot sei, habe sie sich keine Gedanken gemacht; sie habe auch keine Furcht gehabt, daß es herauskommen könnte, daß sie die Täterin sei; es habe ja niemand gesehen. Selbst als bald nachher die K. den Mord entdeckte, sei sie wohl erst erschrocken, dann aber bald wieder ruhig geworden, zumal der Lehrjunge ja verhaftet sei.

Von dem Gelde habe sie aber nichts gehabt, denn das Zimmer sei gleich versperrt und ver-

[1]) Die Namen sind aus den Akten nicht ersichtlich und die Y. kann sich nicht einmal mehr auf die Vornamen der beiden Mädchen besinnen. (!)

siegelt worden; da habe nun das Portemonnaie unter dem Schranke gelegen.

Dem Untersuchungsrichter habe sie dann auf dessen Fragen und Vorhalt die Tat eingestanden; bis dahin sei sie ruhig ihrer Arbeit nachgegangen und habe über den Fall gar nicht weiter gesprochen. Daß sie still gewesen sei, sei weiter nicht aufgefallen. Den Lehrjungen habe sie weder belastet noch entlastet. Daß er für ihre Tat in Haft säße, darüber habe sie sich nicht groß Gedanken gemacht; man würde ihm ja nichts haben beweisen können.

Auf direktes Befragen: Ja, ich habe kräftig zugeschlagen, damit die M. nicht sehen sollte, daß ich ihr das Geld aus der Tasche nahm. Wenn ich versucht hätte, es ihr daraus zu stehlen, das würde sie gesehen haben. Daß ich für den Mord in Verdacht kommen könnte, das überlegte ich damals nicht.

Ich habe eine Dummheit gemacht, die nicht nötig war. Das tue ihr jetzt leid, sie sei aber erst 17 Jahr alt gewesen und jetzt sei sie 25. —

M. H.! Dies „Geständnis" gab das Niveau ab, mit dem wir es bei Mördern öfter zu tun haben: ein gewisser Schwachsinn ist unverkennbar — eine furchtbare Gefühlsleere und Abgestumpftheit ebenso. Gewiß fließen jetzt ein paar Tränen, aber ob diese nicht mehr für die verlorenen eigenen Lebensjahre rinnen, als es „Reuetränen" sind?

Natürlich macht sie „so etwas" nicht wieder, und der Gedanke an die Blutflecken und das erstarrende Leichengesicht ist ihr sichtlich unangenehm — daß sie aber von der ganzen Geschichte nichts hatte, auch.

„Es war dumm" — das Resultat ziehen sehr viele als wichtigste Schlußfolgerung. Darauf gründet sich ihre „Reue".

Daß die Handlung nun an sich psychische Defekte erkennen läßt, ist, vorausgesetzt, daß sie sich in der von ihr beschriebenen Weise zugetragen hat, unverkennbar. Sehr weit von der Wahrheit werden sich die Hauptzüge des Mordes nicht entfernen. Nur eins wäre möglich, daß die Y. doch noch einen Groll auf die M. hatte und in unbewußtem Affekt gehandelt hat. Sie selbst stellt das ja auch noch heute in Abrede, sie soll aber sehr reizbar gewesen und in Zornanfällen zu Gewalttaten geneigt gewesen sein. Ob es nun am Abend vor dem blutigen Morgen zwischen den beiden Mädchen Streit gegegeben hat, ob beim Aufstehen, oder ob gar sich langsam in ihr Zündstoff angesammelt hat, der durch den Anblick des Beiles und den Geldbesitz der anderen nun in gefährliche Spannung geriet, lasse ich dahingestellt. Auch diese Reizbarkeit würde ja die Diagnose „Schwachsinn" nur stützen können, denn geistig Minderwertige neigen zu Affekthandlungen und speichern bei unbeholfener Ausdrucksfähigkeit Spannungszustände auf.

Dazu war der Vater der Y. Trinker, die Mutter moralisch schlecht beleumundet. Ihre Erziehung war ungeordnet und ungenügend; sie kam in der Schule schlecht vorwärts und ging aus der dritten Klasse ab. Nach Äußerungen ihrer Lehrer und Arbeitgeber war sie eine rohe, widerspenstige, eigensinnige Natur. Den Eindruck der Roheit hat sie auf mich nicht gemacht; wohl aber ist ihr Schwachsinn ebenso deutlich wie ihre Gefühllosigkeit. Sie bestreitet, im Dienste aufsässig oder nachlässig zu sein; wenn sie sich im Gefängnisse nicht gut geführt habe, so liege das daran, daß sie dort nicht genug zu essen bekommen habe und auch ungerecht behandelt sei. Ohne Grund habe sie die Arbeit niemals eingestellt, und daß sie erregt geworden sei, ja — das müsse sie ja zugeben; aber so schlimm sei das nicht gewesen.

Nach der Zuführungsschrift hatte sie sich gleich darüber beklagt, daß sie im Gefängnis in die dritte Klasse aufgenommen werde. Was sie „draußen" getan habe, das gehe niemand etwas an; sie wurde gegen die Aufseherinnen öfter sehr ausfallend, beschimpfte sie, schlug ihnen die Tür vor der Nase zu, war eigensinnig und verstockt und benahm sich auch höheren Beamten gegenüber unbotmäßig. Disziplinarstrafen hatten keinen Erfolg, Sie fühlte sich, besonders bei den Essensportionen, benachteiligt und gab ihrem Unwillen in einer Weise Ausdruck, daß Gewalttaten gegen die Beamten oder angeblich Bevorzugten zu befürchten waren, zumal als der Krieg eine Erschwerung und Einschränkung der Ernährung herbeiführte, für die ihr jede Einsicht abging.

Ihre Intelligenz erwies sich als sehr niedrig stehend: selbst Rechenaufgaben wie 17 — 4, 8 × 9 vermag sie nicht oder doch nicht richtig zu beantworten; der Kaiser heißt ihr Friedrich Wilhelm; ein Schock hat 36 Stück, und dergleichen mehr. Derartige Fragen beantwortet sie sehr widerwillig. Auch eine Schilderung ihrer Mordtat gibt sie erst, als sie erfährt, daß von ihrem Auftreten und Verhalten die von ihr gewünschte Rückversetzung in die Strafhaft abhinge. Dann allerdings macht sie ihre Angaben bereitwillig.

Eine gewisse Besserung ist bei ihr überhaupt eingetreten, selbst wenn man berücksichtigt, daß sie hier in der Anstalt sich von Anfang an ruhig und geordnet verhalten hat, wenn sie auch immer etwas Verstocktes hatte und sich eigentlich nur mit den schlechteren Elementen anfreundete.

Kleine auffallende Züge waren, daß sie anfänglich öfter heimlich vor sich hin lachte, ohne daß man einen Grund dazu auch nur vermuten konnte, und sich einmal einige — Schönheitsmittel besorgen lassen wollte.

Körperlich wäre zu bemerken: leicht dumpfe anämische Herzgeräusche, Nonnensausen, Tremor der Zunge, der Lider und gespreizten Finger, erhöhte Muskelerregbarkeit und erhöhte Reflexe bis auf Gaumenreflex, der schwach ist. Die Nasolabialfalten sind schlaff, die rechte Pupillenreaktion etwas schwächer wie die linke. Anzeichen für Hysterie fanden sich nicht vor.

Die hier gestellte Diagnose lautet auf Imbezillität.

Es besteht kein Zweifel darüber, daß ihr geistiger Zustand zur Zeit der Tat auf gleicher Höhe sich befand. (Die Schädelmaße sind 11 : 16, Umfang 51,5 cm.) Darüber, ob er als strafausschließend zu bewerten sein könnte, kann man verschiedener Meinung sein; ich persönlich würde es verneinen. Als strafmildernd ist er berücksichtigt worden, in der sehr richtigen Form, daß diese gefährliche Person zwar nur Gefängnis erhielt, aber auf längere Zeit die Menschheit vor ihren Explosionen geschützt bleibt.

Von einer durch die Haft herbeigeführten besondern „Psychose" kann man bei ihr nicht reden; dafür sind die Anhaltspunkte doch gar zu gering.

Fall VII.

Der zweite hierhergehörige Fall betrifft die Fabrikarbeiterin Anna Katharina B., die im Dezember 1866 in Unterfranken geboren, sich in Leipzig als Dienstmädchen vermietete und hier im Januar 1888 ihre Herrschaft, den Glasermeister M. und dessen Ehefrau, mit dem Beile erschlug. Das Motiv der Tat war auch hier Habgier.

Die Einzelheiten der Tat sind ohne Belang; über die B. kann ich kurz anführen, daß sie die Schule und Fortbildungsschule besuchte und gut lernte. Über erbliche Belastung ist nichts bekannt; sie fiel auch sonst nicht besonders auf und hatte keine destruierenden Krankheiten durchzumachen.

Die Mordtat war mit Absicht und Überlegung ausgeführt; die Ausführung ließ dies schon in der Art, wie sie die beiden alten Leute einzeln zu „stellen" wußte, erkennen, sie selbst gestand es auch in der Untersuchung ein. Ein äußerlich auslösender Anlaß war um so weniger gegeben, als die B. von den alten Leuten nur Gutes empfangen hatte und hoffte, daß deren abwesender Sohn sie später heiraten würde. Möglich ist ja, daß sie von den Eltern, besonders der Mutter, doch noch Widerspruch befürchtete, möglich auch, daß sie ihr nur zu lange lebten. Daß sie es auf den Besitz der alten Leute abgesehen hatte, gab sie bald selbst zu.

Sie zeigte sich in der Untersuchungshaft von großer Ruhe und Gelassenheit, las später viel in der Bibel und zeigte sich angeblich auch reumütig. Ihr Todesurteil erwartete sie und nahm es mit großer Gelassenheit hin, reichte aber doch selbst ein Gnadengesuch ein, das auch Gehör fand.

In der Strafhaft führte sie sich zunächst ganz unauffällig und arbeite fleißig. Sehr bald aber traten in ihren Briefen merkwürdige Stellen auf. So schreibt sie an den Oberstaatsanwalt: „Am Abend, da ich mich zu Ihnen melden ließ, um Ihnen zu sagen, daß ich es selber war, die die Leute getötet hatte, ist mit mir etwas vorgegangen, ich habe solches in meinem Leben noch nicht gehört, ich weinte vor Freude, darauf folgten Tage, da mich die Leute für geisteskrank hielten, erst wenn mir das Rätsel gelößt ist, was das war werde ich Ihnen das auch mitteilen, ich wollte daß nicht sagen, aber die Neugierde es genau zu wissen läßt mir keine Ruhe."

M. H.! Hier geht doch mit der begreiflichen seelischen Entspannung durch den Entschluß des Geständnisses eine geheimnisvolle Unbestimmtheit einher, die den Anfang der Selbstläuterung im pathologischen Sinne macht. Bezeichnend dafür ist auch die im gleichen Briefe angeführte Stelle: „Auch für meinen Herrn Pastor und für Sie gesunden u. so Sie wollen können Sie daß selber leßen, daß finden Sie im Evang. Jacobi 5 Capitel V 19. 20."

Das klingt auch recht bedenklich!

Dann kommen Seelenqualen; sie glaubt das Wort Gottes nicht mehr hören zu dürfen, weint viel, macht Gott Vorwürfe, daß er „nicht unacht hatte" sie „zu töten, ehe sie ihre Hand an die Leute legte", und als Korrelat Gedanken wie: „Die A. Sch., die ein Zeugnis über mich ablegte, das nicht nach dem 8 ten Gebot war, ist jetzt auch im Waldheimer Gefängnis; eine Frau aus Lindenau, die hat ihre 2 Kinder aus Not getötet und hatte einen Verteidiger, der brachte ab zu 4 Jahr Gefängnis und ich kann mich erinnern an den Webersohn P. zu Hause, der bekam als er den jungen Menschen mit 5 Messerstichen liegen lis das er sterben mußte dafür 2 Jahr Zuchthaus u. 3 Jahr Soldaten Zeit, wozu er schon vorher bestimmt war; bei mir soll es heißen tod und wieder tod, nein, das Strafgesetzbuch schreibt mir das nicht zu."

Dann wieder macht sie sich ihre Tat aus sich heraus verständlicher, indem sie daran erinnert, daß sie sich in Not befunden habe; sie habe sich den Arm verletzt, nicht arbeiten können, der Apo-

theker habe auf Bezahlung gedrängt usw., kurz die Katharsis setzt ein in der Weise, wie ich es Ihnen schon öfter beschrieb, die Gedanken nehmen Gestalt an, sie hört Stimmen und sieht Gestalten. Zugleich setzt ein zunehmender Verwirrtheitszustand ein, der teilweise religiöse Färbung hat, aber auch ganz unzweckmäßige Handlungen zeitigt; z. B. steckt sie ihre Kleider und ihr Brot in den Kübel, will den Arzt den Puls nicht fühlen lassen, weil ihr Blut ganz besonders sei, davon verstünde er doch nichts, und weigert sich ebenso zur Arbeit wie zur Nahrungsaufnahme, weil, wer nicht arbeitet, auch nicht essen solle und — umgekehrt.

Ihre Tat fängt sie schon an in anderem Lichte zu beurteilen. Sie braucht nicht zu bereuen, die M.s getötet zu haben, denn die ständen ja doch wieder auf; nur Judas bereue, und sie sei doch nicht Judas. In einem anderen Brief fordert sie, „daß meine Klagsache soll aufgenommen werden im Landgericht Münchberg und recht gerichtet. Ich will mein Todesurtheil aus den Mund meines Heilands sprechen hören, höre ich's aber aus eines Menschenmund so bin ich unschuldig. Der Tod ist der ärgste Feind und den Christus die Macht genommen also haben wir nichts zu fürchten um der Kosten willen wäre es aber besser die Sache könnte mit versöhnlichen Worten entschieden werden.“ Bald nachher zieht sie gegen die Widerstände gegen ihre damalige Auffassung, sie stehe nicht in Strafe, sondern in der Untersuchung, los: „Und ich sage jetzt, der Teufel soll Sie Tag und Nacht auf jeden Weg verfolgen, wenn Sie meine Klagsache nicht wieder aufnehmen wollen, denn wo ich unschuldig leiden muß, muß auch Christus mitleiden und wo mir meine Ehre aus Haß zu schanden gemacht wird so wird auch Gott gelästerd.“ Und dann kommt die äußere Forderung der inneren Selbstbefreiung: Sie habe nur aus Not getötet, also könne die Strafe nur gering sein; sie müsse nun bald entlassen werden, ihre früheren Herrschaften würden sie auch gern wieder aufnehmen.

Damit ist die Haftpsychose, deren Verlauf ich Ihnen aus schriftlichen Aufzeichnungen der B. kurz herausgeschält habe, in die chronische Verrückt-

heit übergegangen, der sie nun in religiöser Beschaulichkeit lebt. Jetzt will sie von ihrer Schuld gar nichts mehr wissen und wird erregt abweisend, wenn man davon zu sprechen anfängt. Der Prozeß spielte sich bei ihr recht schnell ab; bereits im Mai 1889, also in kaum anderthalbjähriger Haft. Sie war also erst 23 Jahr alt, als ihr „seniler" Befreiungswahn ausbrach.

Ein gewisser Schwachsinn war bei ihr von Anfang an wohl vorhanden, jetzt wenigstens ist er in mäßigem Grade da; das Gedächtnis ist aber sicher nur wenig betroffen, soweit es nicht wie die Urteilskraft krankhaft beeinflußt ist.

Körperlich ist die B. eine kleine, gedrungene, ziemlich kräftige Person mit sehr gewöhnlichem Gesicht, ohne gröbere Defektbildungen.

Eine restlose Aufklärung über ihren psychischen Zustand vor Begehung der Tat vermag aber auch der rasche Verlauf ihrer Psychose nicht zu geben. Die Akten enthalten, soweit sie mir vorliegen, nichts Näheres darüber. „Habsucht" gilt als erschöpfendes Motiv.

Ich glaube, wir werden die ursprüngliche Urteilsfähigkeit der B. zum wenigsten sehr niedrig einschätzen müssen; ihr schneller Zusammenbruch mit seiner religiös parfümierten Kritiklosigkeit und paranoischen Selbstgefälligkeit legt diesen Schluß einmal sehr nahe, und dann sind die meisten weiblichen Mörderinnen, bei denen tatsächlich nur Habsucht als Tatmotiv in Betracht kommt, soweit mir solche Fälle erinnerlich sind, geistig sehr niedrig stehende Individuen gewesen.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Deutscher Verein für Psychiatrie.** Einladung zur 2. Kriegstagung am 25. und 26. April 1918 in Würzburg.

Tagesordnung:

Vorabend, Mittwoch, 24. April, von 8 Uhr ab: Begrüßungsabend im Bahnhofhotel (Haugerring 21—22).

Donnerstag, 25. April von 9 Uhr ab, und

Freitag, 26. April, von 9 Uhr ab im physiologischen Institut, Pleicherring 9 (unweit des Bahnhofs): I. Berichte über Folgen der Hirnverletzungen und ihre Behandlung. 1. Kleist-Rostock: Lokalisation. 2. Forster-Berlin: Psychische Folgen der Hirnverletzungen. 3. Goldstein-Frankfurt a. M.: Behandlung und Fürsorge. 4. Reichardt-Würzburg: Hirnschwellung. II. Vorträge (falls nach Besprechung der Berichte noch Zeit zur Verfügung steht): 1. Anton-Halle: Entwicklungsstörungen am Schädelröntgenbilde (mit Projektionen). 2. Brodmann-Halle: Individuelle Variationen der Sehsphäre und ihre Bedeutung für die Klinik der Hinterhauptschüsse. Außerdem hat Herr Prof. O. Schultze, Vorsteher des anatomischen Instituts, sich erboten, kurz über eine neue Methode zur Darstellung des feineren Baues des Nervensystems (mit Demonstrationen) im anatomischen Institut, Köllikerstr. 6, vorzutragen.

Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß ohne ausdrückliche Zustimmung der Versammlung Berichte nicht über 30 Minuten, Vorträge nicht über 20 Minuten und Bemerkungen in der Aussprache nicht über 5 Minuten dauern dürfen.

An beiden Tagen einfaches Frühstück im Bahnhofhotel. Am 25. April (Donnerstag), nachmittags, gemeinsames Essen im Hotel Reichshof, Theaterstr. 1—3 (das Gedeck 5—6 M). Wer an den beiden Frühstücken und am gemeinsamen Essen teilzunehmen gedenkt, wird gebeten, dies spätestens 8 Tage vorher bei Prof. Reichardt, Psychiatr. Klinik, anzumelden (Zahl der Gedecke, falls Damen mitkommen!).

Geschäftliche Angelegenheiten werden, da es sich um eine außerordentliche Versammlung handelt, bis zur nächsten ordentlichen Jahresversammlung zurückgestellt. Ausgenommen ist der Antrag Kreuser: „Die Versammlung bestimmt einen Betrag von 2000 M zur Miete auf ein Jahr für einen Arbeitsplatz an der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, der durch den Vorstand an Mitglieder des Vereins vergeben werden kann" (Begründung s. in der Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, S. 184), und die etwaige Wahl eines Vorstandsmitgliedes an Stelle H. Kreusers. Der Vorschlag des Vorstandes, § 7, Absatz 4 der Satzung in der Richtung abzuändern, daß durch eine Begrenzung der Amtsdauer der Vorstandsmitglieder ein häufigerer Wechsel in der Zusammensetzung des Vorstandes erreicht wird, wird zur Kenntnis gebracht, während Besprechung und Beschluß einer späteren Jahresversammlung vorbehalten bleiben muß.

Anfragen und Wünsche, namentlich etwaige Voranmeldungen zur Aussprache über die Berichte nimmt entgegen Prof. Reichardt, Psychiatrische Klinik.

Empfehlenswerte Hotels in der Nähe des Bahnhofs: Bahnhofhotel, Haugerring 21—22; Schotts Hotel Deutscher Kaiser, Kaiserstr. 20—22; Hotel National, Kaiserstr. 33. In der Stadt: Reichshof (I. Ranges), Theaterstraße 1—3; Rügemer, Maxstr. 9; Kronprinz von Baiern (I. Ranges), Theaterstr. 24; Hotel zum Schwan, Büttnerstr. 26—28; Zentralhotel, Schönbornstr. 8. Es ist dringend zu empfehlen, daß die Teilnehmer sich rechtzeitig, d. h. etwa 8 Tage vor der Tagung, in den Gasthöfen anmelden. Reisebrotmarken und Reichsfleischkarte sind mitzubringen.

Der Vorstand:
Bonhöffer. Kräpelin. Laehr. Moeli. Siemens. Tuczek.

Buchbesprechungen.

— Fürst, Frau Dr. Paula: Früchte und Gemüse, deren Einmachen und Konservieren. 3. Auflage. Reutlingen, R. Bardtenschlager.

Koch- und Einmachbücher sind, wenn sie gut sind, in dieser ernährungsschwierigen Zeit besonders geschätzt. Während ich vor einigen Monaten dem „Mazdaznan-Reform-Kochbuch" das Zeugnis des „Gut"seins nicht auszustellen vermochte, kann ich dem vorliegenden Büchlein eine etwas bessere Note ausstellen. Es sind schöne und brauchbare Rezepte, sehr willkommen im Haushalte und selbst von einer erfahrenen und gutbelesenen Hausfrau noch des Nachschlagens wert — in Friedenszeiten. Auf die Kriegszeit ist leider wenig Rücksicht genommen, es wird angenommen z. B., als wenn noch ein Zuckervorrat zur Verfügung stände wie im Jahre 1914 seligen Angedenkens, wo man selbst an sich süße Früchte wie Birnen und Erdbeeren noch mit reichlich Zucker konservierte.

— Révész: Geschichte des Seelenbegriffs und der Seelenlokalisation. Stuttgart 1917, F. Enke.

„Ein Versuch, nicht mehr, will dieses Buch sein, ein Versuch, das uralte Seelenproblem historisch zu beleuchten." Mit diesem Satz beginnt das Buch, gibt uns in drei großen Abschnitten (Altertum, Mittelalter, Neuzeit) die Lehren der einzelnen Autoren, Schulen und um eine Koryphäe gesammelten Kreise wieder, stets lediglich referierend, berichtend, registrierend, höchstens einmal diametral entgegengesetzte Anschauungen dem Leser zusammen vorführend, aber nie kritisierend, so daß Verfasser zum Schluß glaubt zu dem Satz berechtigt zu sein: „Die . . . . Meinung . . . . ist durchaus nicht als persönliche Meinung des Verfassers zu nehmen, sondern als Resultat dessen, was das heutige psychologische Wissen unter Seele zu verstehen zuläßt."

Der in christlicher Weltanschauung Großgewordene, und sei er auch Monist vom reinsten Wasser, wird auf seine Rechnung kommen, er findet alles, was er sucht; und ebenso wird der überzeugte Katholik die Lehren seiner Philosophen mit Genugtuung wiedergegeben sehen. Nicht so der Mohamedaner, der Jude usw. Verfasser entschuldigt das mit dem Satz: „. . . . der Seelenbegriff der orientalischen Kulturkreise konnte hier nicht in Betracht gezogen werden, da er dem okzidentalen Denken zu fern steht und viel zu sehr mit religiösen und abergläubischen Elementen verquickt ist, als daß er einer wissenschaftlichen Psychologie standhalten könnte." So ist auch die Person Christi als Lehrer einer neuen Weltanschauung von der Seele gar nicht erwähnt. An seine Stelle tritt das „Urchristentum", das aber auch kurz abgetan wird: „Zu sehr war der ethische Zweck seiner Lehre in den Vordergrund gerückt, als daß es sich mit anthropologischen Fragen befaßt hätte."

Im übrigen aber füllt das Buch als „Sammelreferat" großzügiger Art für das in Rede stehende Thema sicher in der modernen Literatur eine Lücke aus.

Wern. H. Becker, Herborn.

Therapeutisches.

— **Luminalbehandlung bei Epilepsie.** Von Dr. A. Kutzinski, Assistent der Klinik. (Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Königlichen Charité. Direktor: Geheimrat Bonhoeffer.) Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1914 Bd. 36 Heft 2.

K.s Erfahrungen mit Luminal bei Schlaflosigkeit und bei Erregungszuständen sind günstige. Er konnte die Angaben der früheren Autoren durchaus bestätigen. Bei leichten Graden von Schlaflosigkeit genügten oft Dosen von 0,15 bis 0,2, um prompt zu wirken. Bei mittleren Graden von Schlaflosigkeit wandte er Dosen von 0,3 an, ohne irgendwelche schädliche Nebenwirkungen zu beobachten. Bei schweren Störungen des Schlafes, bei starker motorischer Unruhe und Erregung wurden Dosen von 0,6 angewandt, ohne daß irgendwelche Schädigungen wahrgenommen wurden. Auch bei diesen Dosen blieben kumulierende Wirkungen aus. Bemerkenswert ist, daß in vielen Fällen die Schlaftiefe und Schlafdauer zunahm.

Ein weiterer Vorzug des Mittels besteht darin, daß man es als Natriumsalz subkutan applizieren kann. Wenn Luminal nicht so prompt wirkt wie Skopolamin, so hat es doch den Vorzug, von gefährlichen Nebenwirkungen frei zu sein.

K. hat auf der Frauenabteilung seiner Klinik längere Zeit hindurch systematische Versuche bei Epilepsie angestellt. Es wurden insgesamt 30 Fälle behandelt. Von diesen scheiden 12 aus, weil sie nicht lange genug (nur einige Wochen) in der Beobachtung blieben. In 14 Fällen wurde die Beobachtung fast ein Jahr fortgesetzt. Gewöhnlich war eine Brombehandlung ohne nennenswerten Erfolg schon jahrelang vorausgegangen. Oft waren auch die neueren Präparate, wie Bromipin, Bromural, Epileptol, Episan usw. erfolglos angewandt.

Die Verteilung der Dosen auf den ganzen Tag erwies sich als unzweckmäßig. Im allgemeinen genügte für Erwachsene die Anwendung von 0,15 bis 0,2, bei Kindern 0,1 pro die oder jeden Übertag, um günstige Resultate zu erzielen. Es wurde stets am Abend per os verabfolgt.

Üble Nebenwirkungen traten nur in sehr geringem Maße auf. Von den 30 Fällen zeigte sich in einem Fall ein Exanthem, das nach kurzer Zeit verschwand und bei weiterer Verabfolgung nicht wiederkehrte. Störungen von seiten der Pupillen und der Reflexe bestanden nicht, auch die Herzaktion blieb unbeeinflußt. Der Urin war frei von pathologischen Bestandteilen.

Schwere Zustände von „Luminalrausch", wie sie in der Literatur beschrieben wurden, hat K. nicht gesehen. Es wurden freilich niemals Dosen von 0,6 bei der Epilepsie längere Zeit hindurch gegeben.

Eine kumulierende Wirkung war in keiner Weise vorhanden. Eher schien es, als ob in einzelnen Fällen eine Gewöhnung eintrat.

Die Wirkung auf die Anfälle auch in den 12 Fällen, die nur einige Wochen beobachtet wurden, bestand fast bei allen darin, daß die Anfälle völlig zessierten oder erheblich in ihrer Zahl zurückgingen. Nur 2 von den 14 länger beobachteten Fällen zeigten keine nennenswerte Veränderung ihres Zustandes. **B.**

Kein Opfer — aber ein gutes Geschäft.

Ist es nicht recht überflüssig, unsere Volksgenossen für die neue Kriegsanleihe begeistern zu wollen?

Ich meine, wer schon eines der netten Wertpapiere der früheren Kriegsanleihen besitzt und wer schon einmal die Früchte aus den Zinsabschnitten so mühelos eingeheimst hat, der brennt darauf von selbst, jeden Pfennig, den er in der Zwischenzeit erspart hat oder den er sonst flüssig machen kann, wieder in gleich vorteilhafter Weise anzulegen. Er findet keine andere Gelegenheit, welche bei gleicher Sicherheit die gleich günstigen Bedingungen gewährt.

Wer aber nicht begreift, daß es ein gutes Geschäft ist, 98 Mark hinzulegen und dafür eine Schuldverschreibung über 100 Mark zu erhalten und noch dazu 5 Mark Zins jährlich, der ist so vernagelt, daß ihn die schönsten Reden und Zeitungsartikel nicht überzeugen können, oder er ist so mißtrauisch, daß er wahrlich zu bemitleiden ist.

M i ß t r a u i s c h — auf was? Auf den endlichen Sieg Deutschlands? Auch wenn wir keine unmittelbaren Land-, Geld- und wirtschaftlichen Erfolge erzielen würden, wäre der Sieg Deutschlands doch so groß gegenüber dem Vernichtungswillen einer ganzen Welt, wie ihn noch nie ein Volk auf Erden errungen hat. Aber die wirtschaftlichen Erfolge im Osten für die Zukunft sind unbestreitbar. Das ist ja der tiefste Grund, weshalb unsere Feinde noch nicht nachgeben wollen. Sie sehen, daß wir auch ohne Kriegsentschädigung und Landgewinn unser Ansehen und unsere wirtschaftliche Entwickelung für die Zukunft nach dem Osten hin bereits gesichert haben.

M i ß t r a u i s c h — auf was? Auf die Sicherheit dieser Kriegsanleihen? Derselbe Name, der auf den zinslosen 20- und 100-Mark-Scheinen steht, ist auch den gut verzinslichen Wertpapieren der Kriegsanleihen aufgedruckt. Hinter ihnen steht das deutsche Volk mit seiner gewaltigen wirtschaftlichen und finanziellen Kraft, schützend vor ihnen unser siegreiches Heer.

Daß wir unerschüttert wirtschaftlich und militärisch aus diesem Ringen hervorgehen werden, dafür werden unsere Feldgrauen sorgen, wenn wir die notwendigen Mittel aufbringen für ihren Unterhalt und für ihre Bewaffnung und Ausrüstung. Damit sind aber auch unsere Wertpapiere und alle unsere früheren Kriegsanleihen gesichert. Darum — wer ein kluger Geschäftsmann ist, zeichnet — zeichnet möglichst viel. Es ist d i e b e s t e A n l a g e für das jetzt flüssige Geld, ist zugleich die b e s t e S i c h e r u n g für früher gezeichnete Anleihen.

L i b o r i u s G e r s t e n b e r g e r
M. d. R. u. bayer. Landtags.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die vorstehenden Seiten.

Zwanzigster Jahrgang. Nr. 2. 1918/19.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).
Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 2. 13. April. **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. **Bei größeren Aufträgen** wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Obermedizinalrat Dr. Kreuser †.

Am 19. Dezember 1917 ist Obermedizinalrat Dr. Kreuser, der langjährige Direktor der K. Heilanstalt Winnental, durch einen jähen Tod mitten aus einem reichen Leben herausgerissen worden.

In Stuttgart am 5. Januar 1855 als Sohn eines angesehenen Arztes geboren, hat er sich selbst dem ärztlichen Beruf zugewandt. Nach einer schönen Studentenzeit, in Tübingen und Kiel, wo er manche treue Freundschaft fürs Leben geschlossen hatte, wurde er in Tübingen 1878 approbiert und kam dann als Assistenzarzt an das Katharinenhospital in Stuttgart. Zeitlebens ist ihm aus jenen Jahren eine gewisse Vorliebe für chirurgische Betätigung geblieben, die ihn befähigte, später manche kleine und größere Operation mit Erfolg auszuführen. Im Jahr 1880 trat Kreuser, der nie vorher Gelegenheit gehabt hatte, psychiatrische Vorlesungen zu hören, als Assistenzarzt in Winnental ein; er tat damit einen Schritt, der für sein ganzes Leben bestimmend werden sollte. 1885 zum Sekundärarzt ernannt, wurde er 1892 zum Direktor der Heilanstalt Schussenried berufen; von dort kehrte er 1902 als Direktor nach Winnental zurück. Mehr als 26 Jahre seines Lebens hat er so, seit 1914 als Obermedizinalrat, der Heilanstalt Winnental gewidmet.

So einfach Kreusers äußerer Lebensweg war, so reich war sein Leben an Arbeit und Erfolg; neben der Leitung der Anstalt, neben seiner Tätigkeit als Arzt, die weit hinausreichte über die engen Mauern der Anstalt, neben seiner ausgedehnten gerichtlichen Gutachtertätigkeit hat er seine Kraft in den Dienst wissenschaftlicher und praktischer Irrenfürsorge gestellt, hat regen Anteil genommen an gemeinnützigen und politischen Bestrebungen. Nur eine felsenfeste Gesundheit — ich habe ihn in 11½ Jahren nicht einmal wegen Krankheit aussetzen sehen — im Verein mit einem streng geregelten Leben hat ihm, der von Natur mit reichen Gaben des Geistes ausgestattet war, es möglich gemacht, all die Aufgaben zu erfüllen, auf die ihn sein hohes Pflichtgefühl hinwies. Mit zäher Energie hat er verfochten, was er einmal für recht erkannt hatte, auch wo er auf Widerspruch stieß. In einem harmonischen Familienleben schöpfte er immer wieder neue Kraft; seine Erholung suchte er im Umgang mit der Natur, sei es während des Urlaubs auf Reisen und Ausflügen, sei es fast täglich bei der Arbeit in seinem geliebten Garten.

Ein Seelenarzt von seltener Herzensgüte, hat Kreuser stets ein offenes Ohr gehabt für all die großen und kleinen Klagen und Nöte seiner Kranken, hat er immer das richtige Wort gefunden, oft mit schalkhaftem Humor, manchmal, wo es nottat, auch mit väterlicher Strenge. Auch in den schwierigsten Lagen verlor er seine Ruhe nicht. Ein Anhänger freier Behandlung der Geisteskranken, ließ er sich bei seinem unverwüstlichen Optimismus auch durch allerlei Schwierigkeiten und Unannehmlichkeiten von seinem Grundsatz nicht abbringen.

Auch das Pflegepersonal hat ihm viel zu verdanken; hat er doch für dessen Interessen ein warmes Herz gehabt und ist er den Organisationsbestrebungen desselben zur Hebung des Krankenpflegeberufs immer wohlwollend gegenübergestanden.

Seinen Ärzten war er ein verständnisvoller Berater in allen medizinischen und psychiatrischen Fragen. Ihre wissenschaftliche Weiterbildung und ihre Standesinteressen lagen ihm am Herzen. Um beides auf eine breitere Grundlage zu stellen, hat er den Verein der württembergischen Irrenärzte gegründet. Daß er zugleich lange Jahre im Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie gewesen war, hat ihm nicht bloß eine Fülle von Anregung gebracht, sondern ihm auch die Möglichkeit gegeben, seine Erfahrungen in einem ausgedehnten Kreis von Fachgenossen zu verwerten.

Kreuser war in seinen psychiatrischen Anschauungen ein Anhänger der alten Schule; aber es war kein starres Haftenbleiben am Althergebrachten, es war vielmehr die reiche klinische Erfahrung, durch die gestützt er sich nicht von Zeitströmungen fortreißen ließ. Daß eine einwandfreie Abgrenzung der Krankheitsformen gegeneinander, eine glatte Aufteilung aller klinischen Beobachtungen auf dieselben ein frommer Wunsch bleiben wird, hat er immer wieder hervorgehoben. Bedenklich erschien ihm insbesondere jede Bezeichnung einer Krankheitsform, die mehr enthält, als im Wesen der Krankheit gelegen ist. Das galt ihm hauptsächlich für die „endogenen Verblödungen", die Gruppe der Dementia praecox, und das manisch-depressive Irresein. Noch in der letzten Zeit hatte er, angeregt durch die Beobachtungen an geisteskranken Heeresangehörigen, die Systematik im Lichte der „Kriegspsychosen" zu beurteilen versucht. Daß er auch modernen Bestrebungen nicht ablehnend gegenüberstand, zeigt die Tatsache, daß ein Laboratorium in Winnental für die Fauserschen serologischen Untersuchungen eingerichtet werden sollte, für das bereits eine Anzahl Apparate angeschafft war, als infolge des Kriegs die weiteren Arbeiten eingestellt werden mußten.

Zahlreich sind Kreusers literarische Arbeiten. Betrafen sie anfangs mehr Fragen der klinischen Psychiatrie und der praktischen Irrenpflege, so hat er sich später unter dem Einfluß seiner ausgedehnten Sachverständigentätigkeit mit Vorliebe mit den Beziehungen der Geisteskrankheiten zum Zivil- und Strafrecht beschäftigt. Auch die ärztliche Mitwirkung bei der Fürsorgeerziehung hat er in seine Betrachtung hereingezogen. Um auch in weiteren Kreisen, namentlich unter den Ärzten und Juristen des Landes, das Interesse für die Zusammenhänge zwischen Geisteskrankheiten und rechtlichen Fragen zu wecken, hat er zusammen mit Staatsrat Schwab die juristisch-psychiatrischen Versammlungen gegründet, bei denen er eine führende Stellung einnahm.

Alle die vielen Veröffentlichungen Kreusers hier aufzuführen, mangelt der Raum. In dem während des Kriegs entstandenen Buch „Krankheit und Charakter; Wandlungen der Persönlichkeit in gesunden und kranken Tagen" hat er seine reiche ärztliche Erfahrung und seine große Menschenkenntnis, sein ideales Streben für das Wohl des Einzelnen wie des Volkes einer breiten Öffentlichkeit zunutze gemacht. In seinem Nachlaß fanden sich noch Vorarbeiten zu einer groß angelegten Arbeit zur Geschichte der Psychiatrie; der Tod hat ihm die Feder aus der Hand genommen, ehe er sie vollenden konnte.

Neben der wissenschaftlichen Psychiatrie hat er in Wort und Schrift Fragen organisatorischer und verwaltungstechnischer Art aus der Irrenfürsorge behandelt. Manche wertvolle Anregung verdankt ihm die württembergische Irrenpflege. Als leidigster Mangel unserer Irrenfürsorge trat ihm der Platzmangel in den Anstalten entgegen; nur wer mit den Verhältnissen vertraut ist, kann sich eine ausreichende Vorstellung davon machen, wie außerordentlich ein geordneter Betrieb der Anstalt erschwert wird durch die Überfüllung. In dem Fehlen von klaren Bestimmungen darüber, wem die Pflicht zur Errichtung der erforderlichen Anstalten zukommt, sah er den hauptsächlichen Grund dafür, daß nicht, wie er wünschte, ein großzügiger Plan zur Abhilfe entworfen und tatkräftig durchgeführt wurde. Da in absehbarer Zeit eine sechste Anstalt nicht errichtet werden konnte, ist auf seine Anregung hin die Heilanstalt Winnental in den Jahren 1908 bis 1911 um rund 200 Krankenplätze erweitert worden, indem zwei mit allen Erfordernissen neuzeitlicher Irrenpflege und Behandlung eingerichtete Pavillons erbaut wurden. Daß durch die größere Krankenzahl die persönlichen Beziehungen des leitenden Arztes zu den einzelnen Kranken sich lockern mußten, hat er immer bedauert.

Auf dem Gebiet des Irrenwesens sind aber — ich führe Kreusers eigene Worte an — die Aufgaben so ausgedehnt und mannigfaltig, daß sie unmöglich von den mit der Krankenbehandlung unmittelbar betrauten Ärzten allein gelöst werden können. Bei der wissenschaftlichen Forschung wie bei der praktischen Wirksamkeit bleibt die Psychiatrie auf weitere Hilfe angewiesen. Insbesondere fordert die Heilung der aus Geisteskrankheiten für einzelne wie für ganze Familien erwachsenen sozialen und wirtschaftlichen Schäden die Mithilfe von wesentlich breiteren Schichten der Bevölkerung, als sie durch die öffentliche Irrenfürsorge in Anspruch genommen werden. Ihre

praktische Betätigung erfolgt durch Irrenhilfsvereine, die von psychiatrischem Geiste geleitet werden müssen. Aus solchen Erwägungen heraus hat Kreuser im Jahr 1895 den Hilfsverein für rekonvaleszente Geisteskranke in Württemberg gegründet und sich damit das schönste Denkmal errichtet. Viel Elend und Not hat der Verein lindern können und die Fürsorgelast für Familien, Armenverbände und den Staat ist dadurch wesentlich herabgesetzt worden.

In dem Bild, das ich in Umrissen von Kreusers Persönlichkeit und von seinem Wirken zu zeichnen versucht habe, fehlt noch ein Zug, um vollständig zu sein: er war ein begeisterter Vaterlandsfreund. Regen und tätigen Anteil hat er genommen an politischen Bestrebungen. Selbst den Anstrengungen einer Reichstagskandidatur hat er sich, getrieben von seinem Pflichtgefühl, unterzogen. Und als der Krieg ausbrach, galt es ihm als selbstverständliche Pflicht, sich dem Vaterland zur Verfügung zu stellen. Als ärztlicher Leiter eines Lazarettzuges hat er eine größere Anzahl von Fahrten nach dem westlichen Kriegsschauplatz gemacht. Als ihm dies nicht mehr möglich war, weil die Fülle von neuen Aufgaben, die der Krieg in der Heimat und in der Anstalt mit sich brachte, seine ganze Kraft in Anspruch nahm, hat er die vermehrte Arbeitslast gerne auf sich genommen im befriedigenden Bewußtsein, auch so dem Vaterland dienen zu können.

Freilich, die angestrengte Tätigkeit zehrte an seiner Kraft; auch der Tod seines ältesten Sohnes, der als Kriegsfreiwilliger im Westen gefallen ist, hatte ihn schwer getroffen. Aber wer den rastlos tätigen Mann gekannt hat, ahnte nicht, daß er das Ende des Krieges nicht mehr erleben sollte. Ein gütiges Geschick hat ihm ein Krankenlager erspart. Mitten aus der Arbeit heraus, zu früh für die

Seinigen, zu früh für die Anstalt und für die Allgemeinheit, hat ihn ein Schlaganfall herausgerissen; ein schöner Tod, so wie er sich ihn einst selbst gewünscht hatte, als er vor Jahren die Witwe eines ebenso unerwartet verstorbenen Kollegen und Freundes tröstete.

Wer Kreuser gekannt hat, wird seiner in Dankbarkeit und Verehrung gedenken.

Buder, Winnental.

(Sonderabdruck aus dem Württ. Medic. Correspondenz-Blatt 1918.)

Akute Psychosen und psychoneurotische Zustände bei Desinfektoren.

Von Dr. **Walter Gutzeit,**
Oberarzt und Stationsarzt auf der Nervenstation einer Kriegslazarett-Abteilung im Osten.

Während meiner anderthalbjährigen Tätigkeit auf der Nervenstation habe ich Gelegenheit gehabt, zwölf Fälle von Psychosen resp. von Psychoneurosen bei Desinfektoren in Entlausungsanstalten zu beobachten, die entstanden sind durch längere kalorische Schädigungen, denen die Erkrankten begreiflicherweise mehr als andere Menschen ausgesetzt sind. Ich konnte dabei drei Formen der Erkrankung unterscheiden:

1. die einfache neurasthenische Form,
2. die depressive Form,
3. die stuporös-heboide Form.

Bemerken möchte ich, daß die Erkrankung anscheinend auch bei völlig nerventüchtigen Individuen entstehen kann.

Zu 1. Die neurasthenische Form zeigt folgende Symptome: Zunehmende Schlaflosigkeit, innere Unruhe, leichte Angstzustände, Reizbarkeit, leichte Ermüdung, Appetitlosigkeit.

Die Symptome schwinden bald wieder nach ca. 3 bis 4 Wochen. Ein Erholungsurlaub genügt, Lazarettbehandlung scheint meist nicht erforderlich.

Zu 2. Ziemlich häufig, bei der Hälfte der beobachteten Fälle zeigt sich die depressive Form. Hier ist das Krankheitsbild bei weitem schwerer als bei der neurasthenischen Form.. Völlige Mutlosigkeit mit allen möglichen hypochondrischen Zwangsvorstellungen ist nachweisbar. Bei zwei Fällen waren deutliche Selbstmordgedanken in ausgesprochener Form vorhanden.

Auch bei dieser Form der Erkrankung ist die Prognose durchaus günstig. Natürlich muß eine längere Lazarettbehandlung (etwa 4 bis 6 Wochen) eintreten. Die Therapie ist dieselbe wie bei der echten Depression: Bettruhe, Überernährung, prolongierte Bäder, Brom-Opium in großen Dosen, Schlafmittel.

Zu 3. Die stuporös-heboide Form zeigte sich bei zwei der beobachteten Fälle. Die Kranken werden in völligem Stuporzustande eingeliefert, reagieren auf nichts, die Schmerzempfindung oder Schmerzäußerung ist völlig aufgehoben, der Lidschlag fehlt fast gänzlich, der Blick ist stier nach einem Punkt gerichtet, die Nahrungsaufnahme wird verweigert. Schon nach 3 bis 4 Tagen löst sich der Stuporzustand. Die Kranken sind dann sehr matt, der Appetit wechselt. Auffallend ist die große Apathie, die zurückbleibt. Der Kranke zeigt nicht die geringste Initiative, muß zu allem angehalten werden. Am liebsten liegt er den ganzen Tag nichtstuend im Bett, äußert nie ein Entlassungsbedürfnis.

Bei dieser Form der Erkrankung lag in beiden Fällen eine erhebliche erbliche Belastung vor. Was die Prognose anbelangt, so kann ich leider kein Urteil abgeben, da der heboide Zustand während zweimonatiger Lazarettbehandlung bei Abtransport in die Heimat noch nicht abgeklungen war. Es ist nicht ausgeschlossen, daß eine auf dem Boden schwerer erblicher Belastung entstandene Hebephrenie durch die kalorische Schädlichkeit ausgelöst worden ist. Therapie: Überernährung, bei Nahrungsverweigerung ev. Sondenfütterung.

Als Prophylaxe empfehle ich folgendes:

Keine nervös erheblich belasteten oder nervösen Mannschaften als Desinfektoren bei Entlausungsanstalten einstellen! 14 tägige besondere Untersuchungen der Desinfektoren, wenn möglich durch einen Neurologen oder Psychiater, reichliche Flüssigkeitszunahme während des Dienstes (am besten dünnen Tee), ein dienstfreier Nachmittag.

Seelenkundliches.

Von San.-Rat Dr. **J. Bresler.**

Fett und Temperament.

Es ist jetzt Brauch geworden, Magerkeit auf unzureichende Ernährung zurückzuführen. Bezüglich Fettsucht war man sich schon längst darüber klar, daß sie nicht immer von zu viel Essen kommt, nicht davon, daß jemand zu sehr nach „Fett sucht". Die Silbe „sucht" stammt von siechen, nicht von suchen. Der Fettsüchtige siecht infolge abnormer starker Fettbildung des Körpers, er siecht durch Fett. Dieser krankhafte Zustand kommt nicht von zu reichlicher Nahrungsaufnahme. Er ist kein nach Art und Grad scharf umrissenes Krankheitsbild, sondern eine Abnormität, die an die natürliche Fettbildung und den normalen Fettvorrat im Körper anschließend in ungezählten Übergängen bis zu den weit abliegenden Zuständen monströsester Fettanhäufungen führt, selbst solchen, die durch Druck auf lebenswichtige Organe oder durch deren fettige Entartung den Tod verursachen.

Auch in Rassenkunde liest man viel Interessantes von der mannigfaltigen Art abnormer und normaler Fettbildung. Sehr viel fette Leute sieht man in Großstädten, gewöhnlich plattfüßige und X-beinige; die Anlage zu Fettsucht ist ja häufig schon in frühester Kindheit wirksam und mit schwacher Knochenentwicklung vereinigt, so daß die Knochen der Beine das Gewicht des Körpers nicht tragen können und sich verbiegen. Wenn jemand empfehlen wollte, daß besonders von Fettmassen Geplagte sich das Fett ausschneiden ließen — das zu technischen Zwecken verwertet werden könnte —, so könnte dieser Heilvorschlag nicht einmal Anspruch auf Neuheit erheben, da Fettgewebe schon seit langem zu Heilzwecken überpflanzt wird und operative Fettentfernungen schon ausgeführt wurden, letzteres allerdings, wenn das Fett das eigene Leben bedrohte. Der tapfere Markgraf der Lausitz Dedo V., genannt der Feiste, allerdings wohl bisher der einzige unter den fetten Drückebergern, ließ sich mittels Einschnitts am Bauch Fett entfernen, weil es an der Teilnahme am Feldzug Friedrich Barbarossas gegen die lombardischen Städte hinderte. Der babylonische Talmud berichtet davon, daß Eleasar, nachdem er dazu einen Schlaftrunk genommen, der Bauch aufgeschnitten und eine große Menge Fett entfernt wurde.

Wie Fettreichtum, so gibt es eine Magerkeit aus krankhafter Anlage. Sie führt vom normalen Vorrat an Fettgewebe nach der entgegengesetzten Richtung fließend zu hochgradigen, aber nicht lebensgefährlichen Zuständen von Fettarmut, die ich mit Fettflucht bezeichnen möchte. Fettsucht, weniger Fettflucht, benachteiligen dann besonders die Gesundheit, wenn das Eiweiß des Körpers angegriffen wird und zu zerfallen droht; im ersteren Falle, indem es zu Fett entartet, in letzterem, indem es zum Stoffwechsel in abnorm gesteigertem Grade herangezogen wird. Bei diesen Fettflüchtigen nützt bekanntlich viel Essen ebensowenig wie bei Fettsüchtigen wenig Essen. Bei diesen hilft manchmal wenigstens strenge Entfettungskur und Thyreoidin; bei jenen gelingt es nicht, durch Mastkur das Körpergewicht zu heben (Prof. Ad. Schmidt, Halle, Deutsch. med. Wochenschrift 1917 Nr. 5). Auch diese anlagemäßige Fettflucht besteht meist von Kindheit an und begleitet das ganze, aber meist sehr lange, Leben; sie tritt mit Vorliebe in höherem Lebensalter auf, wie andererseits auch Fettansatz und Fettsucht gewisse Jahre bevorzugt.

Die Sprache hat keine Unterlassung begangen, wenn sie zwar gestattete, daß sich das Wort Fettsucht einbürgerte, aber kein entsprechendes Wort für jenen Zustand der Magerkeit schuf. Denn diese Mageren fühlten sich nicht krank, wenn auch manchem neidischer und peinlicher Vergleich mit den „Wohlgenährten" Sorge macht und er wie ein Armer auf Reiche blickt; sie sind nicht solchen Beschwerden und Gefahren ausgesetzt wie jene mit ihrem fettbeladenen Herz und feisten Wanst. Sie siechen nicht. Auch macht die Abmagerung Halt, wenn der Körper ein gewisses niedriges Gewicht erreicht hat.

Es gibt für den Mageren drei Arten Fette: solche, die er beneidet, solche, die er verachtet oder belächelt, und solche, die er bemitleidet; es gibt aber auch für den Fetten dieselben drei Arten Magere.

Die ärztliche Forschung ist der Ursache jener beiden Zustände, der Fettsucht und der Fettflucht, auf der Spur. Der Faden führt in das wunderbare Labyrinth der Drüsen mit Absonderung nach innen, d. h. in Blut und Säfte, der Innendrüsen, nämlich der Schilddrüse, des Hirnanhangs, der Zirbeldrüse u. a., ein Labyrinth, das wiederum mit dem Nervensystem aufs innigste und wunderbarste zusammenhängt (vgl. Innere Sekretion und Nervensystem; Halle 1916, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung).

J. E. Erdmann (Psychologische Briefe, 1856) hat unter phlegmatischem Temperament die innere Seite des Naturells verstanden wissen wollen, welches in angeborenem Vorwiegen der produktiven Tätigkeit besteht, oder bei dem, was ganz dasselbe sei, das System der Eingeweide vorzugsweise affizierbar, darum auch zu Krankheiten geneigt ist. Dem Bestreben des Körpers, das Angeeignete zu behalten, das oft zu einer anormalen Anhäufung von Masse wird, entspreche von seiten des inneren Lebens ein Festhalten des Ergriffenen, das bei sittlich gesunden Naturen sich als Treue und Beharrlichkeit zeigt, bei moralischer Ungesundheit zum eigensinnigen Festhalten der eigenen Ansicht, zur krankhaften Anhäufung des Besitzes führt.

So bestechend diese Charakterzeichnung, so ist sie doch nur eine Übertragung des Bildes der Fettanhäufung auf das Seelische, ein Vergleich, der gar nicht einmal zutrifft. Weil die Fettleibigen wegen der Schwere sich im allgemeinen langsamer und weniger bewegen, kann man nicht auf Beharrlichkeit und Treue schließen. Wenn z. B. Fette sich den Unbequemlichkeiten einer Entfettungskur aussetzen, tun sie es in der Regel, weil die Beschwerden der Fettsucht noch größer sind, nicht aus guten Charaktereigenschaften, aus Treue für Mitmenschen und Vaterland. Man hat wenigstens noch nicht gehört, daß jemand sich einer solchen Kur unterzogen hat, um kriegsfähig zu werden — außer dem braven Dedo. [Die durch Fettsucht kriegsuntauglichen Spartaner mußten wenigstens eine empfindliche Geldstrafe zahlen. Lykurg ließ die jungen Spartaner geißeln, wenn sie fett wurden (Massage?)] Es ist auch nicht eine solche Eigenschaft, worauf Julius Cäsar baut, wenn er sagt: „Laßt wohlbeleibte Männer um mich sein, mit glatten Köpfen und die nachts gut schlafen", sondern die Schwerfälligkeit, die Neigung, im ruhigen Gang der Dinge zu bleiben, zum mindestens ihn nicht ohne zwingenden Grund zu verlassen, jedenfalls nicht aus eigenem Antrieb, und die Gordier haben gewiß nicht der Treue und Beharrlichkeit wegen aus den Dicksten den König gewählt, sondern weil sie von solchen am wenigsten Schlimmes fürchteten.

Nur auf allgemeinen Begriffen der Seelenkunde kann man eine solche im besonderen von Fettsüchtigen gründen, also auf Langsamkeit und Schnelligkeit des Empfindens, Fühlens, Denkens, Wollens, auf Stärke und Schwäche, Nachhaltigkeit und Kürze, Beständigkeit und Wechsel usw. des geistigen Geschehens, nicht auf moralischen Begriffen. Denn was dem einen moralisch, ist es nicht immer und nicht ganz für den anderen. Das ist sozusagen Parteisache. Man kann nicht sagen: die Fetten sind meist gute, die mageren meist schlechte Menschen. Man hat sich ja auch nie veranlaßt gefühlt, von „Fett und Moral" zu sprechen, sondern nur Fett in Zusammenhang mit Temperament gesetzt, und Temperament bezieht sich auf das Tempo, die Ablaufszeit der geistigen Vorgänge, nicht auf die Richtung. Wendet man aber jene einfachen Begriffe an, die durch Maß und Zahl zu fassen sind, so muß zugegeben werden, daß Lebhaftigkeit, Heiterkeit, Leichtigkeit der geistigen Arbeit, Anpassungsfähigkeit, Ursprünglichkeit, Selbständigkeit, Ausdauer bei Fettleibigen viel weniger häufig ist als bei Mageren; Genie ist selten fett. Ausnahmen erklären sich dadurch, daß nicht jede Art Fettleibigkeit zu geistiger Trägheit führt, und daß mancher von Haus aus geistig bevorzugt ist, daß ihm eine größere Portion Fett noch nicht schadet, wie es z. B. chronische Trinker gibt, die noch immer viel klüger sind — freilich nur bis zu gewisser Grenze der Alkoholwirkung — als mancher ewig nüchterne.

Fast jeder hat unter den Bekannten einen Fettleibigen, der gern und freudig und aus freien

Stücken sagt, daß seine Gewichtsabnahme — 20 bis 30 Pfund sind jetzt bei Fetten so häufig —, ihm außerordentlich gut bekomme, daß er sich geistig und körperlich reger und frischer fühle.

Man kann wohl sagen, daß manche Fette Egoisten sind, aber viele davon aus dem Grunde, weil sie wegen den körperlichen Beschwerden — und das sind vor allem und als erste die von seiten des Herzens — auf sich und die Gesundheit mehr weniger bewußt zu achten gewohnt sind und ihnen etwas von der Gefahr ahnt. Die Lebensversicherungen verhalten sich auf Grund umfangreicher zahlenmäßiger Nachweise gegen Aufnahme Fetter sehr ablehnend. In dieser dauernden Besorgtheit um sich selbst unterscheidet sich der Fette wenig von vielen der eigentlich Herzkranken, die auch ängstlich oder unwirsch jede größere körperliche und seelische Anforderung scheuen und dadurch wenig umgänglich und opferbereit erscheinen. Daß diese seelische Dauerverfassung vieler Fetter eben von Beschwerden des Fettherzens und der damit verbundenen Atmungsbehinderung und anderer Folgen abhängt, nicht von Verfettung im Gehirn, beweist der Umstand, daß in diesem selbst bei den Fettesten sich gar kein Fett findet. Allerdings ist es auch denkbar, daß wegen der geringen Leistungsfähigkeit des Herzens die Blutversorgung des Gehirns und dadurch die geistige Tätigkeit leidet. Sehr viele Fettreiche sind übrigens blutarm. 16 v. H. der Fettleibigen sterben an Gehirnblutung.

Das Phlegma ist weder Ursache noch Folge der Fettsucht, sondern geht neben ihr aus gemeinsamer Ursache hervor, es ist ein Bestandteil der Fettsucht. Letztere wird, wie schon bemerkt mit Störung der Innendrüsen erklärt, die sowohl die Fettablagerung wie die geistige Tätigkeit beeinflußt. Diese Störung und die Fettsucht ist in 70 v. H. der Fettleibigen erblich. Die übrigen 30 v. H. — immer noch genug — sind die echten Fresser, deren Fettansatz auf wirklicher Überernährung beruht, wodurch sie manchem sein tägliches Brod verkürzen.

Referate.

— **Allgemeines zur Frage der Simulation.** Von Singer. Würzburger Abhandlungen aus dem Gebiet der praktischen Medizin 1916 Bd. 16 Heft 6.

Verfasser hält echte Simulation für äußerst selten, meist handele es sich um Aggravation, stärkere Betonung wirklich vorhandener Symptome, Vortäuschung grober Intelligenzdefekte bei bestehendem wirklichem, aber leichterem Grad von Schwachsinn oder auch Markieren von Stupor, von Amnesie, von Halluzinationen, wobei für den Arzt noch die Überraschung übrig blieb, daß sich im weiteren Verlauf doch noch Dementia praecox ergab. Einzelne Fälle, gewiß recht selten in ihrer Art, werden wiedergegeben. Die Diagnostik der Simulation sei nicht nur äußerst schwierig, sondern sei und bleibe auch ein sehr seltenes Vorkommnis.

Wern. H. Becker-Herborn.

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. UNIV. OF MICH. Nr. 3/4. 1918/19.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von Geh. San.-Rat Prof. Dr. **K. Alt** Uchtspringe (Altmark), Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle, Chefarzt San.-Rat Dr. **Beyer**, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Sanitäts-Rat Dr. **Deiters**, Grafenberg, Sanitätsrat-Rat Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin), Medizinal-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer**, Hohemark, San.-Rat Dir. Dr. **Herting**, Galkhausen (Rhl.), Geh. Med.-Rat Dr. **Ilberg**, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), Dir. Dr. **Kluge**, Potsdam, Dir. Dr. **Lehmann**, Lindenhof, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R., Dir. Dr. **v. Olah**, Budapest, Prof. Dr. **A. Pilcz**, Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß**, Wien, Geh. Rat Prof. Dr. **E. Schultze**, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger**, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke**, Eglfing b. München, Prof. Dr. **H. Vogt**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 3/4. 27. April. **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Morde und Mörder. (II. Teil.)

Von Dr. H. **Reukauff,** z. Z. Colditz i. Sa., früher Waldheim.

(Fortsetzung).

Daß in der jetzigen Zeit, welche mit dem Eintritt der Frau in das Erwerbsleben in ganz anderer Weise, dieselbe auch sonst umwertet und alles, was dem männlichen Dichten und Trachten einen Daseinswert verleiht, von ihr akzeptiert wird, das ist selbstverständlich. Es wird aber zunächst wohl noch dabei bleiben, daß das Weib doch mehr zu Affekthandlungen neigt als zur Ausführung komplizierter Reflexvorgänge, die den Weg über die Zentralstelle eines überlegenden, abwägenden Denkens nehmen müssen.

Wenn wir nun gerade dem denkschwachen Weibe als Raubmörderin öfter begegnen, so ist das an sich kein Widerspruch. Denn was das Weib abhält, sich öfter auch in dieser Rolle zu geben, ist doch nicht etwa die geringere Begehrlichkeit, sondern das Bewußtsein der eigenen Schwäche und Unzulänglichkeit, das beim Abwägen der „Chancen" vor den Widerständen zurückschreckt, die ihm die Unwahrscheinlichkeit eines Erfolges vor Augen führen. Wo jene „Denkhemmung" fortfällt, wächst sich die Begierde zum Affekt aus, der die Bluttat auslöst. Daß nun auch wieder weibliche Verschlagenheit und Skrupellosigkeit eine Willensenergie bekunden können, die manchem Manne abgeht, auch dafür gibt es Beispiele.

Bei weitem häufiger aber wird sich das Weib zur Erfüllung auch seiner Habsucht nach Teilnehmern umsehen, denen sie die Ausführung des Mordes mehr oder weniger allein überläßt.

Für andere Mordmotive habe ich Ihnen ja im ersten Teile dieser Arbeit schon eine Reihe von Beispielen bringen können: die Waschfrau Ernestine K. (Fall VI) überfällt mit ihrem Bettgenossen den Ehemann und hält ihm die Hand fest, während jener ihn abwürgt. Hier war das Weib die treibende und helfende Kraft. Auch die Arbeiterehefrau P. (Fall IX) unterstützte den körperlich kräftigen Schwachsinnigen L. gegen ihren Mann in einer gefährlichen Weise, nur kehrte sich hier die absichtlich oder unabsichtlich geschmiedete Waffe gegen sie selbst. Umgekehrt wird die D. (Fall XI) unter dem Einfluß des G. an ihrem Geliebten, dessen sie überdrüssig ist und dessen Besitz sie reizt, zur Mörderin, ebenso die nur erwähnte Grete B. (Fall X), und die M. (Fall VIII) will wie die D. von ihrem Liebhaber in dem Gebrauch der Schußwaffe unterrichtet worden sein, die dem anderen, hier dem Ehemann, verderblich werden sollte.

Ich entsinne mich noch genauer eines anderen Falles, in dem die Frau, Tochter und deren Bräutigam gemeinsam an dem Morde des Gatten und Vaters beteiligt waren, der ihren Zukunftsplänen im Wege stand. Frau und Bräutigam erlitten ihr wohlverdientes Geschick, die Tochter kam mit Freiheitsstrafe davon, denn sie hatte „nur" bei dem Zerteilen und Verpacken der Leiche Hand angelegt und durch Mitwissen ihre Mitschuld betätigt.

Daß insbesondere beim Ausspionieren der Mordgelegenheit oft weibliche Dienstfertigkeit oder weibliche Reize am Werke sind, ist schon gesagt; daß dem Mörder nach der Tat Vorschub geleistet

wird, kommt wohl nur da vor, wo tiefgreifendes Interesse oder Furcht dazu Veranlassung geben. Selbst die Prostituierte, die sich an Zuhälter gebunden hat und dessen „männliche Energie" durch ihre raffinierte oder animalische Hingabe zu stacheln weiß, hat vor dem Blutgeruch an den Händen desselben eine Furcht, die weniger sozialen Gesichtspunkten entstammt als einer oft berechtigten Eigenbesorgnis. Wer einmal Gelegenheit gehabt hat zu beobachten, mit welcher Roheit gerade diese männlichen Schutzapparate die ihnen tributpflichtigen weiblichen Geschlechtstiere behandeln, selbst da, wo der erwartete Nachtbetrag nicht die gewünschte Höhe erreicht, wie leicht es da zu gewalttätigen Szenen widerlichster Art kommt, wird die Furcht dieser Lebewesen verstehen. Natürlich kommt nun noch eine ruhigere Überlegung eigener Gefährdung durch Verheimlichen der Tat oder Verbergen des Täters um so mehr dazu, als diese Kulturprodukte ja auch wissen, daß die öffentliche Sicherheitsbehörde auf sie und ihren Umgang ein wachsames Auge hat.

Daß aber die Prostituierte durch die Ankündigung auch hoher Belohnung zur Verräterin wird, scheint mir doch nur selten vorzukommen; wenigstens habe ich das von einem mir bekannten Kriminalbeamten bestätigt erhalten, der gerade hiermit sich beschäftigt. Sie verdienen ja auch ihr Geld gefahrloser, als dieses Kopfgeld wäre.

Als Hehlerin trifft man das Weib häufiger; daß sie um das Blut weiß, das an dem ihr „anvertrauten" Gelde oder Schmuck klebt, wird von Fall zu Fall bewiesen werden müssen.

Wo dagegen mit dem zu erwartenden Besitz sich noch andere „echt weibliche" Momente verbinden, z. B. die gewünschte Vereinigung mit dem Objekt ihrer Wünsche sich dadurch ermöglicht, die Befreiung von lästigem Zwange winkt oder sonstige mehr oder weniger tiefgreifende Realinteressen eine mitbestimmende Rolle spielen, wird das Weib als Mitwisserin, Anstifterin und Mithelferin beim Morde in Zukunft ebenso ihre Rolle spielen, als es in der Vergangenheit geschah.

Soweit das Weib seine gewisse Freiheit selbsttätigen Entschlusses hat, wird es vor dem gewaltsamen Wege zurückschrecken, weniger weil seine ethischen Werte höher sind als die des Mannes oder seine impulsive Tatkraft an sich geringer, als weil es meist ein kühlerer Rechner ist als jener. Wo aber gesellschaftlicher oder gesetzmäßiger Zwang ihm Fesseln anlegt, wird es auch vor dem blutigen Sprengen derselben nicht zurückschrecken, wenn es sich auch dabei meist gern im Hintergrunde halten wird. Wir werden daher bei Gemeinschaftsmorden dem Weibe verhältnismäßig oft begegnen, sobald wir jede Beteiligung an den Vorbereitungen und der Ausführung sowie der Beseitigung der Tatfolgen einrechnen.

Im ersten Teile dieser Arbeit habe ich Ihnen eine ganze Reihe von Frauen vorführen können, welche in irgendeiner Form sich an der Bluttat beteiligten, und es liegt ja auch nahe genug, daß gerade Ehefrauen sich auf diesem Wege eines Zwanges erledigen, der ihnen unerträglich ist, ohne daß eine andere Lösung möglich erscheint.

Die Fälle, in denen Leidenschaft oder ihr Gegenteil das Mordmotiv bildet, sind hierbei natürlich die häufigsten, jetzt werde ich Ihnen aber ein Beispiel dafür bringen, daß auch Habsucht ein Wort mitsprechen kann, wenn sie auch zunächst nur insoweit in Betracht kommt, als der Besitz an Geld und Gut in ihr willfährigere Hände übergeht oder sie wenigstens bei der Nachlaßregulierung ihr Geschäft machen will.

Fall VIII.

Am Vormittage des 20. Januar 1874 war durch den Amts- und Polizeidiener zu Elstra dem Kgl. Gerichtsamt Kamenz aus freiem Antriebe die Mitteilung gemacht worden, daß nach ihm gemachten Erzählungen am Sonnabende oder Sonntag ein Müller in der Buchholzmühle im Mühlzeuge verunglückt sei, und noch desselben Tages war von genannter Behörde ein Beamter sowie der Gerichtswundarzt zur Erörterung des Tatbestandes an Ort und Stelle abgeordnet worden.

Der anwesend gewesene und zur Besichtigung der Radstube zugezogene Müllerbursche B. hatte hierbei angegeben, daß der Verunglückte Johann R., Besitzer der Buchholzmühle, in der Nacht vom Sonntage zum Montage, d. i. vom 18. zum 19. Januar 1874, in der Radstube zwischen dem Radkranze und der untersten Steinwand, welche das Wasserbette dort begrenze, tot aufgefunden worden sei, während die verwitwete R. ausgesagt hatte, daß, als sie des Nachts 12 Uhr, auf dem Kanapee in der Wohnstube eingeschlafen, erwacht sei, sie ihren Ehemann, der vorher mit dem Stricken eines Netzes sich beschäftigt, vermißt, gleichzeitig die Mühle habe leer gehen hören, nunmehr nach ihrem Mann gesucht und, während sie ihn nicht gefunden, wahrgenommen habe, daß die vom Mühlboden nach dem hinteren Hofe, in dem sich die Radstube befindet, führende Türe offen, und auf der Schwelle der letzteren die verloschene Lampe ihres Mannes gestanden, daß sie nun gewartet habe, bis der bei ihnen in Arbeit und Wohnung befindlich gewesene W. nach Hause gekom-

men sei und diesen davon, daß sie ihren Mann vermisse, in Kenntnis gesetzt und gebeten habe, nach demselben zu suchen, daß dieser nach ebenfalls längerem Suchen ihr mitgeteilt habe, daß er in der Radstube auf Kleidungsstücke gestoßen sei, und daß man, nachdem in der dritten Stunde der Nacht der Müllerbursche B. von Elstra, wohin derselbe am Nachmittage vorher gegangen, zurückgekehrt sei, nunmehr den Leichnam ihres Mannes aus der Radstube heraufbefördert habe.

Die verw. R. hat hierbei ausdrücklich sich dahin ausgesprochen, daß sie sich nicht erklären könne, was ihr Mann in der Radstube in der Nacht um diese Zeit zu tun gehabt haben könne, jedoch auch bemerkt, daß sie durchaus keinen Grund zu der Vermutung habe, daß ihrem Manne von dritter Seite Gewalt angetan worden sei.

B. hat dagegen hierüber angegeben, daß der Grund, aus welchem sich R. in die Radstube begeben habe, wenn nicht etwas Außergewöhnliches vorgekommen sei, nur der gewesen sein könne, daß R. das Wasserrad habe einschmieren wollen, was wiederholt schon abends geschehen sei. Dabei bemerkt B. noch, daß er das Rad zuletzt am Sonnabend, dem 17. Januar, eingeschmiert habe.

Über die hierauf vorgenommene Besichtigung des Leichnams R.s hat der Gerichtswundarzt folgendes zu Protokoll gegeben:

1. Der vorliegende Leichnam ist gut gebildet, gut gewachsen, über mittlerer Größe, schmächtiger Bauart und gehört einem Manne von etwa 50 Jahren an.

2. Die allgemeinen Bedeckungen desselben haben die gewöhnliche Leichenfarbe, es finden sich nirgends Fäulnisspuren oder Totenflecke vor. Der Leichnam fühlt sich sehr kalt an, zeigt noch am ganzen Körper Totenstarre und verbreitet keinen Leichengeruch.

3. Der Kopf ist gut mit schwarzen Haaren bedeckt und zeigt eine von der rechten Schläfengegend beginnende Hautabreißung, unter welcher sich zerdrückte Knochentäfelchen vorfinden. Diese Hautabreißung ist mehr als drei Finger breit und erstreckt sich bogenförmig nach vorn und eben in den Haarwuchs hinein. Dort an dem rechten Scheitelbeine wie am linken Scheitelbeine bis zum linken Schläfenbeine hin, fühlt man unter der unverletzten Kopfbedeckung einen bedeutenden Bruch, welcher quer verläuft. Über der Schläfengegend der linken Seite und dem linken Scheitelbeine, und zwar an dessen vorderer Hälfte ist die Haut blutrünstig gerieben, unmittelbar hinter der Höhe des Scheitels befindet sich eine drei und einen halben Zentimeter lange, quer verlaufende, bis auf den Knochen dringende Wunde, in welcher sich ebenfalls der Knochen zersprungen und beweglich zeigt.

4. Das Gesicht zeigt von der rechten Wangengegend an jene schon gedachte Hautzerreißung, welche sich vom Ohr bis zum höchsten Punkte des Jochbeines und bis zum Auge hin erstreckt. In dieser zerrissenen Stelle sieht man die zersprengten Knochen liegen. In der linken Augenbrauengegend, mehr nach außen zu, befindet sich eine querverlaufende, zwei Zentimeter lange, bis auf den Knochen dringende Wunde. Die Augen sind geschlossen, die Augäpfel noch hart, die Hornhaut des linken, noch unverletzten Auges durchsichtig. Auf dem Rücken der Nase befindet sich nahe der Wurzel eine kleine Hautabschürfung, es ergießt sich weder aus der Nase, welche etwas gequetscht erscheint, noch aus dem festgeschlossenen Munde, noch aus den Ohren irgendeine Flüssigkeit, und bezüglich des Mundes ist zu erwähnen, daß derselbe geschlossen ist und daß die Zunge zwischen den fest zusammengeklemmten Zähnen etwas Weniges hervorragt. Das übrige Gesicht zeigt nichts Erwähnenswertes.

5. Auch am Halse, an der Brust, am Unterleibe, den Geschlechtsteilen, dem Nacken, dem Rücken und dem Gesäße findet sich nichts Erwähnenswertes vor.

6. Die oberen Gliedmaßen zeigten keine Verletzungen oder überhaupt etwas, was einiges Interesse darböte, nur der linke Handrücken sah gerötet aus, ohne daß die Haut selber verletzt war.

7. Die unteren Gliedmaßen zeigten von da, wo das untere in das mittlere Drittel des Oberschenkels übergeht, beiderseits eine querverlaufende, gerötete, fast einen Zentimeter breite und vier Zentimeter lange Furche. Der rechte Unterschenkel ließ vorn noch drei nicht allzu bedeutende Hautabschürfungen wahrnehmen.

Faßt man das Vorstehende nun zusammen und vergleicht es mit den aktenmäßigen Angaben sowie mit der Örtlichkeit, an welcher der Tod des Mühlenbesitzers R. erfolgte, so kann man nicht bezweifeln,

1. daß die Todesursache in einer Zermalmung des Schädels durch die Gewalt des Wasserrades zu suchen ist, also in einem sogenannten mechanischen Tode.

2. Es wirft aber alles dies kein anderes Licht auf den Vorgang, der dem Tode R.s vorausging, als das, daß er unversehens in die Radstube bei gehendem Wasserrade hinabgestürzt und mit dem Kopfe zwischen das Rad und den Fußboden gekommen ist.

3. Der ärztliche Standpunkt ergibt keinen Umstand, welcher für fremde Verschuldung oder Gewalt spricht, und ist sodann seitens des Gerichts der verw. R. eröffnet worden, daß sonach dem Begräbnisse des Toten etwas nicht entgegenstehe, das hierauf auch erfolgt ist.

Inmittelst hatte jedoch unter den Bewohnern der Umgegend mehrfach die Ansicht Boden gewonnen, daß eine Verunglückung R.s in der Radstube nicht wahrscheinlich, vielmehr wohl an demselben ein Mord verübt worden sei, zumal da auch das Gerede sich verbreitete, daß der Müllerbursche B. mit der hinterlassenen Witwe des Verstorbenen in einem ehebrecherischen Verhältnis gelebt habe.

Diesen Gerüchten wurde von dem in E. stationierten Gendarm G. M. näher auf den Grund gegangen, derselbe erstattete hierüber Anzeige. Der Inhalt dieser Anzeige fand in den angestellten Erörterungen allenthalben Bestätigung und es wurde daher die Verhaftung der Angeschuldigten, eine genaue Besichtigung der Örtlichkeit und die Ausgrabung der Leiche R. und deren gerichtliche Sektion und Obduktion veranstaltet.

Die hierauf eingeleitete Voruntersuchung hat nun auch in unzweifelhafter Weise herausgestellt, daß eine Verunglückung durch eigene Schuld nicht, sondern lediglich Tötung durch dritte Hand anzunehmen sei.

Zunächst hatte, da B. nach seiner eigenen Angabe erst am Sonnabend den Zapfen der Welle des Wasserrades eingeschmiert hatte, und dasselbe nach Zeugenaussagen überhaupt nicht erforderlich gewesen ist, weiter aber auch in jener Nacht nach dem Zeugnisse M.s und des genannten G. es überhaupt nicht so kalt gewesen ist, daß das Eis irgendwelche Störung im Gange des Rades hätte verursachen können, auch der bereits genannte R. noch vormittags zwischen 10 und 1/2 12 Uhr das Wasserrad vollständig eisfrei gefunden hat, R. nicht die mindeste Veranlassung, in jener Nacht in die Radstube hineinzusteigen.

Dazu kommt noch, daß er ohne Licht überhaupt nicht etwas vornehmen konnte, daß er aber Licht mitgehabt, in keiner Weise ermittelt worden ist. Im Gegenteil ist die Lampe auf der Schwelle der vom Mühlboden in den hinteren Hof führenden Türe verlöscht aufgefunden worden, und hierdurch die Annahme, daß R. in die Radstube habe hineinsteigen wollen, ebenfalls widerlegt, ganz abgesehen davon, daß er wegen des Spritzens des Wassers mit unversehrtem Lichte überhaupt nicht bis zu dem Wellenlager hätte gelangen können, ohne daß er nicht jeden Augenblick das Verlöschen der Lampe hätte gewärtigen müssen.

Aber auch die Annahme des bereits genannten W., daß R. vielleicht, weil das Wasserrad nicht richtig gegangen sei, durch die Öffnung zum Einsteigen hineingehorcht, hierbei das Übergewicht bekommen habe oder ausgerutscht und in die Radstube gestürzt sei, wird durch die oben angezogenen Aussagen G. und R.s und ebenso durch den Ausspruch der Gerichtsärzte widerlegt.

Weiter waren die Kleider, welche R. getragen, mit Einschluß der Filzschuhe, die teils an, teils bei der Leiche gefunden worden waren, vollständig durchnäßt gewesen und die letzteren bei dem Herausschaffen auf den näher beschriebenen Absatz geworfen worden, wo sie noch am nächsten Tage gelegen haben, während von einer Kopfbedeckung alles Suchens ungeachtet in der Radstube etwas nicht aufzufinden gewesen ist. Daß aber R. ohne Kopfbedeckung nach der Radstube gegangen sein sollte, ist nach den Auslassungen G.s und Sch.s nicht anzunehmen.

In der Tat hat aber auch am Morgen des 19. Januar der mehrgenannte G. die Mütze R.s auf den in der Radstube auf dem Absatze liegen gelassenen Filzschuhen aufgefunden, jedoch vollständig trocken, so daß sie unmöglich gleichzeitig mit dem Körper R.s in die Radstube gekommen sein konnte.

Die stattgehabte Leichenschau und Öffnung hat hiernächst das Vorhandensein aller der bei der am 20. Januar erfolgten Aufhebung der Leiche R.s an dieser aufgefundenen Verletzungen bestätigt. Insbesondere heißt es in bezug auf die des Aufhebungsprotokolls mit den Worten: „unmittelbar hinter der Höhe des Scheitelbeins befindet sich eine drei und einen halben Zentimeter lange, quer verlaufende, bis auf den Knochen dringende Wunde, in welcher sich ebenfalls der Knochen zersprungen und beweglich zeigt" beschriebene Verletzung in dem Sektionsprotokoll unter Nr. 5: Am Kopfe und zwar in der Mitte des Scheitels findet sich eine quer verlaufende 3 cm lange klaffende, mit ziemlich scharfen Rändern versehene Wunde, welche nach rechts hin spitz verläuft, nach links aber 1 1/2 cm breit ist, zwei Ausläufer bildet, zwischen welche nach innen ein kleiner Hautlappen, wie die Spitze eines Dreiecks, hineinragt; der Scheitelbeinknochen ist verletzt.

Schon vor der Aufhebung am 20. Januar hatte der Chirurg P. den Leichnam R.s in Augenschein genommen, und auch dieser hatte bemerkt, daß diese Wunde scharfe Ränder gehabt habe.

Weiter lautet das Sektionsprotokoll unter Nr. 13: Das Schädeldach an der unter Nr. 5 bemerkten Stelle zeigt ein rundliches mit ungleichen

Rändern versehenes Loch und die innere Knochenwand nach innen eingedrückt.

Ihr vorläufiges Gutachten gaben die Gerichtsärzte hierauf dahin ab:

Daß der Tod durch Blutgehirnschlag und Gehirnerschütterung erfolgt sei, welche durch die am Kopfe vorgefundenen Verletzungen bedingt worden seien.

Nachdem sodann im weiteren Verlaufe der Voruntersuchung die Gerichtsärzte noch selbst eine genaue Beaugenscheinigung der Radstube vorgenommen hatten, und noch eine den Akten beiliegende getreue Abbildung der Radstube nebst der Lage der Leiche, wie sie von G. und K. übereinstimmend beschrieben worden ist, angefertigt worden war, haben die Gerichtsärzte in dem ausführlich motivierten Gutachten sich dahin ausgesprochen: daß mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen sei, daß die an der Leiche R.s wahrgenommenen Verletzungen unter Nr. 5 und 13 des Sektionsprotokolls ihm von fremder Hand beigefügt worden, die übrigen Verletzungen aber durch den Druck des Wasserrades entstanden seien, auch die unter Nr. 5 und 13 beschriebenen Verletzungen R.s wahrscheinlich mit einem wuchtigen, nicht schneidenden Instrumente mit breiter Fläche, wie einem Hammer oder dem Kopfteile eines Beiles, beigebracht worden seien.

Der Verdacht einer absichtlichen Tötung R.s hatte sich auf die beiden Angeschuldigten mit um so größerer Bestimmtheit gelenkt, als namentlich die unzweideutigsten Beweise eines intimen Verhältnisses zwischen denselben erbracht wurden.

Schon die beiden Mägde, welche im Jahre 1873 bei R. gedient haben, A. T. und E. Gn., haben Wahrnehmungen gemacht, die in ihnen die Vermutung eines Einverständnisses zwischen der Meisterin und dem bei R. in Arbeit getretenen Mühlburschen B. hervorgerufen haben, namentlich hat die Gn. gesehen, wie beide eines Abends im Spätherbste sich geküßt haben und daß der Verstorbene R. mehrfach seiner Frau nachgespürt habe.

Ferner hat der mehrgenannte W. die Wahrnehmung gemacht, daß im Januar 1874 die beiden Angeschuldigten auffällig lange allein auf dem Heuboden des Ausgedingehauses gewesen sind. Derselbe hat auch, und zwar, wie man auch nach der Angabe R.s annehmen muß, am 7. oder 8. Januar, kurz vor Mittag, von einer nicht zu entfernt gelegenen Wiese aus, auf der er mit der Kleinmagd L. gearbeitet hat, gesehen, daß B. an dem am Giebel des Wohnhauses stehenden Birnbaum heruntergeklettert ist, und er seine Wahrnehmung sofort der genannten L. und bei Tische dem Zeugarbeiter R. mitgeteilt. Hiermit steht im Einklange die Angabe R.s, wonach an dem fraglichen Tage R. von einer auswärtigen Besorgung früher als zu erwarten gewesen war, zurückgekehrt, in das Mühlhaus tretend ziemlich barsch gefragt hat, wo ist Friedrich (B.)?, hierauf eine Weile sich auf die Lauer gestellt hat, worauf dann die verehelichte R. mit einem Brote aus der Oberstube, bald darauf auch B. zur Schützenhaustüre in das Mühlhaus gekommen ist. Beim Mittagessen hat sodann W. den B. gefragt: „Wo kamst du denn vorhin vom Birnbaum herunter, wie eine Katze?" B. ist darauf verlegen geworden und hat nichts erwidert.

Am 16. Januar abends gegen 8 Uhr ist R. in die Wohnstube gekommen, hat nach einer Laterne gesucht, ist ganz gegen seine Gewohnheit heftig in der Stube herumgegangen, und als er später mit einer Laterne wieder eingetreten ist, hat er selbige so heftig niedergesetzt, daß eine Glasscheibe derselben einen Riß bekommen hat, und hat dabei für sich hingesagt: „Na, Gott verzeih mir's, nun hört aber doch alles auf."

Am Abend des 17. Januar ist zwischen den R.-schen Eheleuten ein heftiger Streit gewesen und die L. hat gehört, wie R. seiner Ehefrau Vorwürfe gemacht hat, daß sie draußen gewesen sei, während auch der Bursche draußen gewesen, hierauf die R. sich verteidigt und behauptet hat, daß sie den Burschen nicht gesehen, B. aber gesagt habe: „Meister, Sie werden doch so etwas von mir nicht denken", und R. darauf entgegnet habe: „Ich sah ihn gleich, ich hatte ja in jeder Hand einen, und du sprichst, du hättest ihn nicht gesehen!", auch hinzugefügt habe: „Habe ich denn nicht das Recht, in meinem Hause herumzugehen?"

Der R.sche zwölfjährige Sohn bestätigt ebenfalls, daß am 17. Januar abends der Vater mit B. sehr laut gesprochen habe, als wenn sie sich zankten, auch ist ihm so, als habe dabei der Vater zu B. gesagt, daß er fort müsse. Gewiß weiß aber der Knabe, daß, als dann der Vater in die Stube getreten, wo die Mutter gewesen ist, ersterer gesagt hat: „Friedrich dürfe nicht mehr mahlen." Ebenso weiß der Knabe auch, daß am Sonntage der Vater dem B. 10 Taler Lohn und 1 Taler für Riemen ausgezahlt habe, daß sie hierbei einen Kalender zur Hand gehabt und die Wochen ausgezählt haben.

Die L. dagegen versichert, daß ihr J. R. erzählt habe, daß der Vater den Burschen am Sonnabend Abend habe gehen heißen und daß am Nachmittage des 15. Januar R. zu seiner Frau gesagt habe: „Ich habe es ihm gegeben", oder: „ich habe es ihm ge-

sagt", daß hierauf die R. geäußert habe: „Du wirst Not haben, daß du einen anderen kriegen wirst."

Dieselbe Magd bezeugt weiter, daß an demselben Tage, als sie dem verstorbenen R. ein neugewaschenes Taschentuch habe geben wollen und ihn gefragt habe, ob es ihm gehöre, R. ihr zur Antwort gegeben habe: „Ich weiß es nicht, da mußt du die draußen — die verehel. R. war nicht in der Stube — fragen, die wird es schon wissen, ob es meine oder dem Liebsten ist", und daß, als sie am Nachmittage in der kleinen Stube mit der verehel. R. sich befunden habe, R. hereingekommen sei, und zu ihr gesagt habe: „Emma, das ist nun deine Arbeit, das Bett mußt du nun machen, aber nimm dich in acht, daß er dich nicht auch hineinschmeißt, wie die alten Weiber."

Aus diesen Ermittlungen geht klar hervor, daß R. kurz vor seinem Tode überzeugende Beweise von dem ehebrecherischen Verhältnisse seiner Frau mit B. erlangt und diesen deshalb abgelohnt hatte.

Ein weiterer Verdachtsgrund ist der bereits erwähnte Vorgang mit der Mütze des Verstorbenen. Die Mütze ist unzweifelhaft erst dann in die Radstube gebracht worden, nachdem seitens der Angeschuldigten, oder eines derselben, beobachtet worden war, daß das Fehlen der Mütze die Aufmerksamkeit G.s rege gemacht hatte. Nachdem sich aber die Mütze gefunden hatte, zeigte sich, daß selbige auf dem Deckel einen Riß hatte, der, wie G. sich alsbald überzeugte und hernachmals bei der Sektion von den Gerichtsärzten festgestellt wurde, mit den unter Nr. 5 und 13 des Sektionsprotokolls beschriebenen Verletzungen genau harmonierte.

Von Wichtigkeit ist auch das Bemühen des B., den Nachweis zu führen, daß er in der fraglichen Nacht überhaupt nicht in der Buchholzmühle gewesen sei. Dieses Bemühen ist aber nach den angestellten Ermittlungen vollständig mißlungen, indem B. nicht imstande gewesen ist, sein Verweilen in der Zeit von abends ungefähr ½ 9 Uhr bis nachts ungefähr ½ 12 Uhr nachzuweisen, ein Zeitraum, der bei der ermittelten Entfernung der Buchholzmühle von Elstra mehr als ausreichend gewesen, um dort an der Person R.s das Verbrechen des Mordes zu verüben.

Besonders auffällig ist der Umstand, daß seitens der Angeschuldigten eine Anzeige über den Unglücksfall unterlassen, ja sogar zu hintertreiben versucht worden ist.

Schon nach dem Herausschaffen der Leiche aus dem Radhause war nach dem Zeugnisse K.s gegen die R. die Äußerung getan worden: „Hier wird eine Besichtigung werden müssen", und am Montage hat G. die R. geradezu aufgefordert, einen Arzt zur Untersuchung kommen zu lassen, „weil die Leiche sonst wieder ausgegraben werden könnte, da die Sache verdächtig sei", gleichwohl hat die verwitwete R. nichts davon wissen wollen, „weil das furchtbar viele Kosten mache". Nur auf wiederholtes Drängen seitens G.s, hat die R. endlich gestattet, daß der am Vormittage des 20. Januar im Orte anwesende Arzt P. herbeigerufen werde, wobei jedoch B. noch ausdrücklich geäußert hat: „aber öffnen ließe ich ihn nicht". Auch der genannte P. hat der verw. R. eröffnet, daß der Vorfall angezeigt werden müsse, sonst komme sie in Verlegenheit, daß jedoch die R. hiervon nichts habe wissen wollen und die Kosten gescheut habe, und daß infolgedessen er der R. erklärt habe, daß unter diesen Umständen er selbst die Anzeige machen werde.

Endlich ist nun aber auch noch außer einer Mehrzahl entfernter Indizien, wie z. B. die falschen Angaben bei Aufstellung des Nachlaßverzeichnisses, die alle einzeln aufzuführen nach gegenwärtiger Sachlage nicht nötig erscheint, am 22. Mai dieses Jahres von dem schon oft genannten Mühlgehilfen Sch., welcher seit 11. März d. J. als Werkführer in der Buchholzmühle sich befindet, in einem Zylinderkasten unter der Trommel des einen Mahlganges, in einem Raum, welcher in keiner Mühle zur Aufbewahrung von Sachen benutzt wird, und der nur ganz zufällig, weil darin eine Reparatur vorzunehmen gewesen, geöffnet worden ist, ein mit Blut beschmutzter Sack aufgefunden worden, der dahin nur absichtlich versteckt worden sein kann.

Zu allen diesen im höchsten Grade belastender Verdachtsgründen ist nun aber ein ganz umfassendes Geständnis der Schuld von dem Mitangeschuldigten B. abgelegt worden, durch welches alle die vorstehend aufgeführten Verdachtsgründe ihre volle Bestätigung gefunden haben. Nachdem nämlich B. zunächst eingeräumt hatte, daß in bezug auf den Nachlaß R.s falsche Angaben gemacht worden seien, und den schon seit einigen Wochen vor Weihnachten begonnenen und bis zu seiner Verhaftung ununterbrochen fortgesetzten geschlechtlichen Umgang eingestanden, auch zugegeben hatte, daß R. hiervon Kenntnis erlangt und ihn am Sonntag, den 18. Januar unter Auszahlung seines rückständigen Lohnes vollständig abgelohnt habe, bekennt er, daß er in der Nacht desselben Tages zwischen 10 und 11 Uhr R. mit einem Beile erschlagen und dann in die Radstube geworfen habe.

Über die Beweggründe zu dieser Tat und deren

Ausführung hat sich B. in folgender Weise ausgelassen.

Am 16. Januar abends sei er mit der R., die zu ihm ins Bett gekommen, eben, als er im Begriff gewesen, mit derselben den Beischlaf auszuüben, von R. überrascht worden. Am Sonnabend habe die verehel. R. ihm mitgeteilt, daß ihr Mann zu ihr gesagt habe, daß, sobald er (B.) fort sei, er ihre und seine ganze Verwandtschaft zusammenholen, dieser alles offenbaren und sie dann fortjagen werde. Die R. habe da mehrere Male zu ihm gesagt: „Friedrich, rette mich", diese Worte auch am Sonntage mehrere Male wiederholt. Als er am Sonntage mit der R. in der langen Kammer des oberen Stockes, wohin er gegangen sei, um sich seine Sachen zu holen, von R. betroffen worden sei, habe R. wieder gezankt und seine Frau hinunterzuwerfen gedroht, und habe auch hierbei die R. wieder jene Worte: „Friedrich, rette mich", wiederholt.

Da sei ihm der Gedanke gekommen, R. umzubringen, „denn so habe er die Aufforderung der R., sie zu retten, verstanden."

Er habe nun bereits am Vormittage des 18. Januar den Vorsatz gefaßt, R. zu töten, ohne sich jedoch da bereits überlegt zu haben, wie er diesen Vorsatz ausführen wolle. Nachdem er nachmittags nach E. gegangen, habe er sich dort seinen Plan überlegt und beschlossen, in die Buchholzmühle zurückzugehen, im Mühlhause sich zu verstecken, ein Beil zu sich zu nehmen und zu lauern, bis R. komme, dann aber ihn totzuschlagen und seinen Körper in die Radstube zu werfen, damit es so aussehe, als sei er verunglückt.

Er sei gegen 9 Uhr von E. fortgegangen, habe aber zur Zurücklegung des Weges eine reichliche Stunde gebraucht, da ihn wiederholt die Reue erfaßt und er unschlüssig geworden sei, bis er sich entschieden habe, die Tat zu verüben. Er sei hierauf durch die noch nicht geschlossene Haustüre ins Mühlhaus gegangen, habe ein Beil zu sich genommen und sich hinter dem deutschen Gange versteckt.

Er sei nunmehr fest entschlossen gewesen, R. totzuschlagen, und als nach einer Weile R. mit einer Lampe ins Mühlhaus gekommen und im Begriff gewesen sei, Grieß aufzuschütten, habe er sich von hinten an R. herangeschlichen und ihm mit dem Kopfe des Beiles einen kräftigen Hieb auf den Scheitel des Kopfes versetzt.

R. sei lautlos nach rückwärts, die Mütze, die derselbe aufgehabt, vom Kopfe gefallen; aus dem Kopfe R.s sei Blut gequollen, und er habe nunmehr den Körper R.s in die Radstube geworfen und sich überzeugt, daß derselbe beim Rade unten gelegen und kein Lebenszeichen von sich gegeben habe.

Darauf sei er ins Mühlhaus zurückgekehrt, habe mit einem Sacke das auf der Treppe befindliche Blut aufgetrocknet, den Sack aber, nachdem er von selbigem die nichtblutigen Teile abgetrennt, in den Zylinderkasten gesteckt und auf die abgewischten Stellen wieder Mehlstaub hingeschüttet und sei er, nachdem er zuvor noch die Lampe auf die Türschwelle gestellt, damit es das Ansehen habe, als sei R. selbst zur Türe hinausgegangen, nach E. zurückgegangen und habe dort bis etwa um 2 Uhr auf dem Schießhause verweilt.

Er hat auch noch ausdrücklich erklärt, daß er R., als er dessen Körper in die Radstube geworfen, für tot gehalten und daß er gehofft habe, durch die Ermordung R.s die Ehefrau desselben heiraten zu können und so in den Besitz der wertvollen Mühle zu kommen.

Zu diesem Geständnisse tritt endlich noch hinzu, daß nach dem anderweiten Gutachten der Gerichtsärzte anzunehmen ist,

a) daß der von B. geständlich auf den Kopf R.s geführte kräftige Beilhieb die im Sektionsprotokoll unter Nr. 5 und 13 aufgeführten, an der Leiche R.s wahrgenommenen Verletzungen verursacht habe, und daß dieselben absolut tödlich gewesen seien,

b) daß durch diesen Hieb und durch diese Kopfverletzungen der Tod R.s allein herbeigeführt worden sei, und

c) daß die von B. über die Ausführung der Tat abgelegten Geständnisse allenthalben mit den bei Auffindung der Leiche R.s gemachten Wahrnehmungen beziehentlich mit dem Befunde bei der Obduktion und Sektion der Leiche R.s übereinstimmen.

Nach dem allen ist daher hinreichend beanzeigt, daß B. am 18. Januar 1874 den mehrgenannten R. vorsätzlich getötet und diese Tötung mit Überlegung ausgeführt habe.

Aus diesen Geständnissen des B., an deren Wahrheit zu zweifeln kein Grund vorliegt, zumal die Angaben desselben auch in vielen Punkten, z. B. hinsichtlich des Verbergens von Hanf und Flachs, sich durchgängig bewahrheitet haben, geht hervor, daß bei Ausführung der Tat B. ganz allein tätig gewesen ist, und die verw. R. hierbei unmittelbar eingreifend oder helfend nicht mitgewirkt hat. — Der Verdacht einer Mittäterschaft oder Beihilfe, der auf ihr geruht hatte, muß sonach als vollständig erledigt angesehen werden, wohl aber ist nach den Angaben des B. in Verbindung mit den bereits zusammengestellten Ergebnissen der Voruntersuchung dringend beanzeigt, daß die R.

mit der Verübung der Tat nicht nur vollständig einverstanden gewesen sei und sie gewollt habe, sondern daß sie auch denselben durch Reden dazu angereizt, zum mindesten aber nach der Tat alles Mögliche getan habe, daß sie unentdeckt bleibe, damit der Täter der Bestrafung entzogen und demselben die Vorteile des Verbrechens gesichert werden und dies alles wegen des eigenen Vorteils geschehen sei. — Wie B., so hatte auch die verw. R. bis in die letzten Stadien der Voruntersuchung jeden geschlechtlichen Umgang mit B. beharrlich in Abrede gestellt, und für alle die verschiedenen ihr aus den Zeugenaussagen vorgehaltenen Vorgänge, aus denen auf ein so vertrautes Verhältnis geschlossen werden mußte, beschönigende Erklärungen zu bringen gewußt. Ja, um die Leute zu täuschen, hatte sie sogar noch wenige Tage zuvor, als sie am 15. Januar in Begleitung von ihrem Ehemanne und B. in U. einem Karpfenschmause, mit dem ein Tanzvergnügen verbunden gewesen, beigewohnt hatte, dem B. einen ihr angetragenen Tanz abgeschlagen, infolgedessen sich B. gekränkt gefühlt hat, und sogar die Vermittlung R.s behufs einer Versöhnung eingetreten zu sein scheint, und an demselben 16. Januar 1874, an dem B. und die R. von dem Ehemanne der letzteren in dem Bette des ersteren in flagranti betroffen worden sind, hat sie zu dem genannten K., nachdem B. in Gegenwart der R.schen Eheleute auf jenen Vorgang in U. die Rede gebracht, nachdem dieser die Stube verlassen gehabt, die Äußerung getan: „er war mir doch viel zu geringe". Daß dies alles nur geschehen ist, um vor den Leuten den Schein zu vermeiden, hat die R. nach der Versicherung des B. diesem selbst gesagt. Zuletzt hat sie aber, nachdem B. bereits umfassende Bekenntnisse abgelegt hatte, den geschlechtlichen Umgang mit denselben zwar eingeräumt, ist aber dabei mit der Behauptung aufgetreten, daß B. sie jedesmal überwältigt, zum Beischlafe gezwungen habe. Später hat sie aber auch noch zugegeben, daß sie mit Ausnahme des ersten Males den Geschlechtsumgang mit B. sich stets habe ruhig gefallen lassen. Es scheint auch hier die Angabe des B., daß die R. ihm dazu zuerst Veranlassung gegeben habe, die der Wahrheit entsprechende zu sein, zumal wenn man erwägt, daß, wie der Vorgang am 16. Januar beweist, die R. selbst in das Bett des Burschen gegangen ist und fast sämtliche Zeugen bekunden, daß das Verhältnis der Meisterin zum Burschen ein sehr freundschaftliches und weit intimeres gewesen sei, als es sonst zwischen Meisterin und Burschen zu sein pflege, und nach den Angaben des B. deutliche Beweise der Eifersucht zu erkennen gegeben hat. B. versichert ausdrücklich, daß die R. schon um Weihnachten 1873 ihm vorgeschlagen habe, daß sie sich, sobald es gehe, heiraten wollten, die R. hat hierbei von einer Scheidung gesprochen, sie erwähnte dabei, daß sie bereits mit ihrem Ehemanne darüber Rücksprache genommen, dieser sich nicht abgeneigt gezeigt und nur erklärt habe, daß die Kinder bei ihm blieben. Als nun infolge der Vorgänge am 16., 17. und 18. Januar und namentlich infolge der wiederholten Bitte der R.: „Friedrich, rette mich" in B. der Entschluß gereift ist, R. zu töten, ist B. nach seinen Versicherungen fest überzeugt gewesen, daß dieser Entschluß die Billigung der R. habe und daß jene ihm wiederholt zugerufenen Worte auch überhaupt einen anderen Zweck nicht gehabt haben, als ihn zu einer solchen Tat zu bestimmen. — Daß nach allem diese Annahme den höchsten Grad der Wahrscheinlichkeit für sich hat, läßt sich nicht verkennen, zumal wenn man das Verhalten der R. nach der Tat ins Auge faßt. Durch Zeugen darauf hingewiesen, daß die Sache verdächtig sei, daß eine Besichtigung notwendig erscheine, hat sie jede Anzeige bei Gericht beharrlich abgelehnt und als Grund angeführt, es mache zuviel Kosten, was aber nicht als stichhaltig angesehen werden kann.

Nach Aussage von Zeugen hat sie vor der Leiche ihres Ehegatten eine solche Scheu gehabt, daß sie diese unter allen Umständen nicht hat sehen mögen, eine Erscheinung, die im höchsten Grade auffällig ist. Zwar ist die R. bei dem Begräbnisse ihres Mannes anscheinend sehr tief ergriffen gewesen, so daß sie wiederholt der Unterstützung anderer bedurft hat und in Ohnmacht gefallen ist.

Es hat jedoch schon die Hebamme S. dies nur als Verstellung angesehen und B. bestätigt diese Annahme als richtig, indem er versichert, daß ihm die R. noch vor dem Begräbnisse mitgeteilt habe, daß sie beim Begräbnisse recht weinen, sich recht verstellen werde, als wenn sie in Ohnmacht falle, damit es scheine, als ginge der Tod ihres Mannes ihr recht nahe. Auch nach dem Tode ihres Ehemannes hat sie mit B. den geschlechtlichen Umgang fortgesetzt und denselben sogar in dem Bette ihres Ehemannes in der gemeinschaftlichen Familienkammer mit schlafen lassen.

Der R. war bekannt geworden, daß die Beschaffenheit der Mütze ihres Mannes Verdacht erweckend gewesen war, und als später der Gendarm M. nach der Mütze gefragt hatte, hat nach der Versicherung des B. die R. geäußert, daß man die Mütze gleich hätte vergraben sollen, da hätte sie doch niemand zu sehen gekriegt, da wäre doch gar kein Verdacht entstanden. Als infolge der Anzeigen des Gendarm M. die Erörterungen wieder aufgenom-

men worden sind, wovon die beiden Angeschuldigten Kenntnis erlangt haben, hat die R. nach Aussage verschiedener Zeugen deutliche Anstrengungen gemacht, das Zeugnis dieser Personen zu beeinflussen. Besonders verdächtig ist auch ihr Bemühen, den ihr allerdings in mehrfacher Beziehung sehr unbequemen Zeugen W. zu verdächtigen, obwohl derselbe einen guten Leumund genoß und die R. selbst ihn bei der Aufhebung der Leiche ihres Ehemannes als zuverlässigen Mann erklärt hat.

B. ist im Besitze eines Stockdegens gewesen, der nach der Verhaftung des B. nicht mehr aufzufinden gewesen ist. B. versichert nun, daß er diesen Stockdegen nach Verübung des Verbrechens unter das Dach versteckt und dies auf Veranlassung der R. getan habe, damit kein Verdacht entstehe.

Hierzu kommt nun endlich noch, daß die R. in bezug auf das Nachlaßverzeichnis zum Nachteile ihrer Kinder verschiedene unwahre Angaben gemacht, so z. B. ein von B. entnommenes Darlehn anstatt auf 115 M auf 215 M und ihr Einbringen auf 1000 M angegeben, obschon es kaum 400 M betragen hat, den B. auch veranlaßt hat, eine höhere Lohnforderung an den Nachlaß zu stellen als derselbe zu fordern berechtigt gewesen, nicht minder Barbestände und Außenstände verschwiegen und wertvolle Objekte versteckt hat. Daß dies aber nur zu dem Zwecke geschehen sei, um aus dem Nachlasse sich und dem B. ein mehreres zuzuwenden, als ihnen zukam, das hat sie gegen B. nach dessen Versicherung ganz offen ausgesprochen, auch findet diese Angabe des B. Bestätigung in dem Zeugnis der W., zu der sie noch wenige Tage vor ihrer Verhaftung gesagt hat, daß sie die Mühle in Erbe annehmen oder kaufen werde.

B. wurde vom Schwurgericht B. am 12. Dezember 1874 wegen Mordes zum Tode verurteilt, diese Strafe jedoch später in Gnadenwegen zu lebenslänglichem Zuchthaus umgewandelt. Die R. wegen Begünstigung von demselben Gericht zu 4 Jahren Gefängnis verurteilt.

Geht man nun davon aus, daß Anstiftung zu einem begangenen Verbrechen dann anzunehmen ist, wenn der Verbrecher durch die Anreizung eines anderen zu dem Entschlusse und zur Tat selbst bestimmt worden ist, der andere aber gewollt hat, daß jener ein Verbrechen begehe und durch sein Handeln bezweckt hat, diesen hierzu zu bestimmen, so wird im vorliegenden Falle es nicht zweifelhaft sein, daß die R., als sie am 17. und 18. Januar wiederholt in B. drang, sie zu retten, damit eine andere Absicht nicht verbunden habe, als hierdurch den B. zu bestimmen, daß er R. durch Mord beiseite schaffe, da aus allem hervorgeht, daß sie

mit der Tat nicht nur einverstanden gewesen ist, sondern auch die Leidenschaft des B. aufgestachelt und so in diesem den Entschluß zum Morde hervorgerufen und befestigt hat.

Ob die Höhe des Strafmaßes der R. das Richtige getroffen hat, darüber kann man verschiedener Meinung sein, doch ist darüber zu urteilen nicht unsere Sache. Ihre Habsucht geht jedenfalls aus ihren Angaben nach dem Tode des Mannes deutlich hervor. (Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Der Provinziallandtag von Pommern** hat für Mietung eines halben Arbeitsplatzes in der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München einen Betrag von jährlich 1000 M bewilligt.

Referate.

— **Eheerlaubnis und Eheverbot.** Von Prof. Dr. Trumpp, München. Deutschlands Erneuerung, Monatsschr. f. d. deutsche Volk I. Jahrg. Heft 4, Juli 1917. München, J. F. Lehmanns Verlag.

Bespricht die gerade in irrenärztlichen Kreisen viel erörterte Frage des Eheverbots Geisteskranker und Degenerierter und veröffentlicht die Leitsätze, die von einer Kommission des ärztlichen Vereins in München in gemeinsamer Beratung mit Juristen festgesetzt wurden; insbesonders die Einsetzung von Eheberatern. Ehebewerber, männlichen wie weiblichen Geschlechts haben dem Standesbeamten das Zeugnis eines vereidigten ärztlichen Eheberaters vorzulegen; die weiblichen Ehebewerber sollen von der Genitaluntersuchung befreit sein, wenn nicht ein besonderer Anlaß für diese vorliegt. In zweifelhaften Fällen Facharzt und Fachausschuß usw. usw. (Obige Monatsschrift verdient wärmste Empfehlung.) B.

— **Geburtenrückgang und Geburtenpolitik.** Von Oberarzt Dobrick, Kosten. Die Irrenpflege, 1. März 1917.

Ein ganz ausgezeichneter Aufsatz, der weiteste Verbreitung verdient. Beachtenswert sind besonders folgende Ausführungen:

„Im staatlichen und gesellschaftlichen Leben muß ferner die Überzeugung festwurzeln, daß der Ehemann und Familienvater das wertvollere Mitglied des Staates

ist. Denn in letzter Linie trägt der Ehemann und Familienvater seine Lasten für die nationale Zukunft seines Volkes, während der Junggeselle dafür nichts leistet. Es ist daher ein Gebot nicht nur der Moral sondern auch der Pflicht, diese wertvolle Leistung anzuerkennen und in Rechtsgrundlagen umzusetzen. Verlobte und verheiratete Beamte müssen früher als Junggesellen angestellt werden, ihre Gehälter sind im Verhältnis der Kinderzahl zu erhöhen, bereits der verheiratete Beamte hat Anspruch auf höheres Einkommen gegenüber seinem eheschеuen Kollegen. Ferner müssen die Heiratsverbote der Lehrerinnen und weiblichen Beamten und die Heiratskautionen der Offiziere und Militärbeamten aufgehoben werden. Von der bereits vorgeschlagenen Junggesellensteuer ist in puncto Eheschließung nicht viel zu erwarten, denn nur wenige Hagestolze wird die Aussicht, mehr Steuern zahlen zu müssen, zur Heirat veranlassen. Dagegen muß der richtige Gedanke dieser Steuer, daß es ein Unrecht ist, wenn ein Junggeselle das gleiche Gehalt bekommt wie der Ehemann, der seine Frau zu unterhalten hat und für den Staat noch Kinder groß zieht, in der Weise noch besonders ausgebaut werden, daß der Ehemann in der Steuergesetzgebung ganz andere Berücksichtigung erfährt als bisher, wo nur schwache Ansätze dazu vorhanden sind. Mit der zunehmenden Zahl der Kinder muß auch eine wachsende Erleichterung der Steuern stattfinden." B.

— **Zur Analyse der Gedächtnistätigkeit und des Vorstellungsverlaufes.** II. Teil. Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane, Ergänzungsband 9. Leipzig 1917, J. A. Barth.

Das Buch enthält drei Abschnitte: Abschnitt 5, behandelnd die Lokalisation beim Lernen und Reproduzieren; Abschnitt 6, behandelnd die uneingeübten Arten des Hersagens; Abschnitt 7, behandelnd das Lernen und Reproduzieren buntfarbiger Reihen. Es handelt sich um eingehende psychologische Versuche und Deduktionen, die hier auch annähernd auszugsweise wiederzugeben, Raummangel verbietet.

Wern. H. Becker-Herborn.

Buchbesprechungen.

— Hellpach, Prof. Dr. phil. et med. Willy: Die geopsychischen Erscheinungen. 2. Auflage. Leipzig 1917, W. Engelmann.

Es sind eigenartige Probleme, die Verfasser da beleuchtet, und von der hohen Warte dessen, dem kein einschlägiges Forschungsergebnis aus der Literatur fremd geblieben ist, bespricht und wertet. Vieles dar-

unter, wie z. B. der Wert des Klimas als Heilmittel, die Bedeutung des Monats Mai für das individuelle Sexualleben u. a. mehr, war bereits gültige Tatsache, aber bis dahin noch nicht wissenschaftlich gewertet; anderes wieder, wie die Pathologie des Sonnenstichs, die genaue Messung der Luftfeuchtigkeit u. dgl., ist uns seit Jahrzehnten als Lehre unserer Wissenschaft bekannt, wir sind nur in diesem Zusammenhange noch nicht darauf gestoßen; das meiste aber, das Hellpachs Buch uns bietet, ist ein Ausblick auf ein noch wenig von exakten Forschungen durchpflügtes Land, das vielleicht noch ebenso ergiebig und fruchtbar sich erweist wie andere Spezialgebiete unserer Wissenschaft.

Das Buch zerfällt in drei Teile: Nach einer Einleitung bietet der erste Teil die Überschrift: Wetter und Seelenleben; der zweite trägt den Titel: Klima und Seelenleben; der dritte endlich ist dem Thema Landschaft und Seelenleben gewidmet. Ausführliche Inhaltsverzeichnisse, vorn systematisch, hinten alphabetisch, erleichtern den Gebrauch des Buches als Nachschlagewerk; möge es, wenn die Stürme des Weltkrieges verflogen sind, und jeder seiner Wissenschaft, deren Musen da zu schweigen pflegen, wo Mars tönt, sich wieder zuwendet, in keiner Bibliothek fehlen. Wern. H. Becker-Herborn.

Personalnachrichten.

— **Provinzialheilanstalt zu Aplerbeck.** Dem Direktor San.-Rat Dr. Backenkohler ist der Charakter als Geheimer Sanitätsrat verliehen worden.

— **Lauenburg i. P.** Am 23. März d. J. fiel vor dem Feinde durch Granatschuß der Oberarzt an der Provinzialheilanstalt Dr. Hieronymus, Regimentsarzt in einem Grenadier-Regiment. Mit ihm ist ein hochbegabter, wissenschaftlich strebender Psychiater dahingegangen, dessen Arbeiten sich vornehmlich auf serologischem Gebiet bewegten.

— **Pommern.** Den Direktoren San.-Rat Horstmann in Stralsund und Geh. San.-Rat Mercklin in Treptow a. Rega ist das Eiserne Kreuz am weißen Bande verliehen worden.

Geschäftliches.

Errichtung eines bulgarischen Generalkonsulats in Mannheim. Das Ministerium des Großherz. Hauses, der Justiz und des Auswärtigen Amtes gibt in der „Karlsr. Zeitung" bekannt: Der Fürstlich Lippische Kommerzienrat Hermann Temmler in Mannheim ist zum Kgl. Bulgarischen Generalkonsul daselbst ernannt worden. Nachdem ihm namens des Reiches das Exequatur erteilt worden ist, wird Herr Temmler zur Ausübung konsularischer Funktionen im Großherzogtum zugelassen.

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von Geh. San.-Rat Prof. Dr. **K. Alt** Uchtspringe (Altmark), Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle, Chefarzt San.-Rat Dr. **Beyer**, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Sanitäts-Rat Dr. **Deiters**, Grafenberg, Sanitätsrat-Rat Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin), Medizinal-Rat **Dr. Fischer**, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer**, Hohemark, San.-Rat Dir. Dr. **Herting**, Galkhausen (Rhl.), Geh. Med.-Rat Dr. **Ilberg**, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), Dir. Dr. **Kluge**, Potsdam, Dir. Dr. **Lehmann**, Lindenhof, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R., Dir. Dr. v. **Olah**, Budapest, Prof. Dr. **A. Pilcz**, Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß**, Wien, Geh. Rat Prof. Dr. **E. Schultze**, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger**, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke**, Eglfing b. München, Prof. Dr. **H. Vogt**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

IV M

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler**,
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 5/6. 11. Mai. **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Über sogenannte funktionelle Nervenerkrankungen.

(Versuch eine bioelektrischen Erklärung.)

Von Dr. **Julius Flesch** in Wien. II.

Die Diskussion über das Wesen der traumatischen Neurose ist durch die Erfahrungen an Kriegsneurosen wieder aktuell geworden. Seit Oppenheims Monographie i. J. 1892 stehen sich diesbezüglich zwei Hauptanschauungen diametral und grundsätzlich entgegen. Die von Oppenheim vertretene rein somatogene Entstehungsansicht, der sich u. a. Strümpell, Goldscheider, Sachs und Freund anschlossen, und die psychogene Theorie der meisten Neurologen (Schuster, Bruns, Charcot, Liepmann, v. Wagner, Redlich, Nonne, Nägeli u. a.). Die Beobachtung der Kriegsneurosen hat allerdings die schroffen Gegensätze wieder einigermaßen gemildert, indem einerseits Oppenheim für viele Fälle ein sekundäres, unterbewußtes, affektives Moment, eine seelische Komponente, eine ideogene Mischinfektion zugesteht, anderseits seine Gegner nebst dem psychogenen Hauptmoment auch irgendwelche einstweilen unbekannte, ultraanatomische (mikrostrukturelle, molekulare, ultramikroskopische) Veränderungen konzedieren. Wir sehen daher, daß die Gegner auf bestem Wege sind, sich auf gleichem Boden zu begegnen, zumal Oppenheim auch schon von „Sperrung, Entgleisung, Diaschisis" spricht, also dem Freudschen psychoanalytischen Ideenkreise nähertritt. Zweifellos haben die Erfolge der verbalen Suggestiv- und Hypnosebehandlung, sowie der Behandlung mit hochgespannten Wechselströmen die Theorie von den mikrostrukturellen Veränderungen in Mißkredit gebracht, allein auch der psychogene Entstehungsmodus wird durch diese Tatsachen nicht verständlicher, es wäre denn, man wollte alle Kriegsneurotiker für Simulanten und Aggravanten stigmatisieren, wozu nach übereinstimmenden Erfahrungen kein Grund vorliegt. Insolange wir keine plausible Vorstellung über die Biomechanik des gesunden Zentralnervensystems besitzen, werden begriffliche Hypothesen zu keiner Einigung führen, je nachdem der eine mehr monistisch-materialistischen, der andere neovitalischen Anschauungen untertan ist. Der große Klassiker Meynert hat im Jahre 1883 in den W. m. Blättern eine Serie von Abhandlungen über funktionelle Nervenkrankheiten veröffentlicht, die angesichts der heutzutage herrschenden Kontroverse ein ganz besonderes Interesse beanspruchen, sowohl von historischen wie auch von meritorischen Gesichtspunkten.

Ich finde darin den Ausspruch meines ehemaligen Lehrers Prof. Benedikt bestätigt, daß man jederzeit das Studium interner Medizin mit Skoda und Oppolzer, das der pathologischen Anatomie mit Rokitansky beginnen sollte. Ebenso ist der Wert der Meynertschen Arbeiten jederzeit von klassischer Bedeutung. Er spricht darin gesondert von Reizsymptomen und Ausfallsymptomen bei funktionellen Nervenkrankheiten, ausgehend von dem Begriff „reizbarer Schwäche". Der Reiz beruhe nicht auf Reizerhöhung des zugehörigen Zentrums, sondern

auf einer Schwäche des den Reiz hemmenden Zentrums. Die reizbare Schwäche säße im Kortex, die Reizbarkeit jedoch in den subkortikalen grauen Massen der Ganglien und im Rückenmark. Umgekehrt entspricht den Ausfallssymptomen die einer gesteigerten Hemisphärenaktion koordinierte Erregungsschwäche der subkortikalen Zentren. Ausgehend von den Golzschen Versuchen über die künstliche Vereitelung des Quakreflexes beim Frosch durch einen starken peripheren Empfindungsreiz, erklärt Meynert die Wirkung des ungebundenen Affektes durch einen hohen Grad funktioneller Hyperämie in der Hirnrinde, Begünstigung des Chemismus der Rindenzellen, erhöhte Assoziationstätigkeit. Dann heißt es wörtlich: „Hiermit hängt ein zugleich uns wegen der funktionellen Nervenkrankheiten sehr interessierender psychischer Vorgang zusammen. Es betrifft dies das Verschwinden zunächst hysterischer Reizerscheinungen auf ärztliche, oder in diesem Falle gleichwertige laienhafte Einwirkungen ohne rationelle Bedeutung. Hier war reizbare Schwäche unter Mangel funktioneller Hyperämie des Vorderhirns vorhanden.. So wie das große Los, wirkt der Gedanke an die Heilung, welcher aufgegebene Lebenshoffnungen . . . . entbindet, die Hemisphären funktionell hyperämisch macht und durch ihre Hemmung die Qual der subkortikalen Reize, Neuralgie, Krämpfe usw. unterdrückt. Aber nicht bloß krankhafte Empfindungen, auch schon die physiologische Sinneswahrnehmung wird durch die Funktionshöhe des Kortex unterdrückt. Dieses Prinzip der reizbaren Schwäche vermag nun eine erklärende Grundlage für die funktionellen Nervenkrankheiten in ihrem ganzen Umfange zu geben, und zwar auch in bezug auf die Ausfallserscheinungen. Hierbei darf man schlechtweg annehmen, daß wohl alle Ausfallserscheinungen in Lähmung und Empfindungslosigkeit, welche durch anatomische Zerstörung der Hirnmasse gesetzt werden können, bei anderen Gelegenheiten auch lediglich durch funktionelle Krankheiten fundiert werden können, daß die Symptomenreihe bei den Grundlagen gemeinsam ist." An der Migraine ophthalmique, am sensibel-vasomotorischen Jackson-Anfalle erläutert er dann die Bedeutung vasomotorischer funktioneller Störungen im Kortex, weist auf den Parallelismus zwischen Arterienverengerung und Pupillenweite, zwischen Stimmungswechsel und hysterischen Störungen hin, und spricht von fließendem Übergang von der funktionellen vasomotorischen Störung bis zu den unheilbaren Ausfallserscheinungen. Die interessante Schrift beweist, daß Meynert einer biomechanischen Deutung funktioneller Nervenstörungen hinneigte, ohne daß es ihm eingefallen wäre, strukturelle anatomische Veränderungen zu postulieren. Seine Annahme „eines veränderten Chemismus der Rindenzellen" mutet ganz modern wie eine Vorahnung biochemischer oder bioelektrischer Vorgänge an.

Der geniale Entwurf zu einer physiologischen Erklärung psychischer Erscheinungen stammt von S. Exner. In der Einleitung sagt der Verfasser, daß ihm die Erklärung gelungen sei, falls sie mit Bekanntem nicht in Widerspruch sei, und daß dasselbe Verfahren mit Hypothetischem in allen exakten Wissenschaften üblich sei. Psychische Erscheinungen seien bloß auf quantitative Verschiedenheit der Erregung und qualitative Verschiedenheiten in der zentralen Verbindung von sonst gleichartigen Nerven und Zentren zurückzuführen.

Ich will nun versuchen, das klinische Bild der traumatischen Neurose auf biomechanische Weise zu erklären, wobei ich jedoch auf die Biomechanik der Nervenzelle, der Nervenleitung und der Leitungsisolierung etwas näher eingehen muß.

Die Elektrobiologie, die Colloidchemie, Elektroosmose und Elektrokinese, die Lehre von den Aktionsströmen aus dem Membranpotential der Zellen haben uns dem Verständnis der Reizerregung näher gebracht. Aus ihnen müssen wir die fundamentalen Lebensvorgänge ableiten. Begreiflicherweise können die biologischen Grundgesetze nur auf die physiologischen Erscheinungen in der lebenden Substanz Bezug haben, während krankhafte Lebensäußerungen weit einfacheren physikalischen Gesetzen gehorchen. Die Erregungsleitung ist an die Gegenwart des Achsenzylinders geknüpft, der, wie jedes leitende Medium, durch eine Markscheide gehörig isoliert ist. Defekte im Achsenzylinder oder in der Markscheide werden im Sinne der elektrophysikalischen Gesetze entsprechende Leitungs- beziehungsweise Isolierungsstörungen bedingen. Die Ganglienzelle, ihre nutritiven Protoplasmafortsätze und die Gewebsflüssigkeit (Serum, Lymphe, Liquor cerebrospinalis) sind die Zeugungsstätten der Erregung selbst. Als Stimulantien gelten periphere sensible oder sensorische zentripetale Erregungsimpulse (exogene), ferner endogene Reizwirkung chemischer Natur aus der gespeicherten nutzbaren vitalen oder intramolekularen Energie, welche in Form chemischer

Spannkraft (chem. Potential) durch die Nahrung zugeführt wird, und schließlich aus den endokrinen Hormonen (Thyreoidea, Hypophyse, Pankreas, Nebenniere). Die intramolekulare Energie wird teils in Form chemischer Potentiale, teils in Form kontaktelektrischer oder polarisatorischer Ladung, ferner als Oberflächenenergie der einfachen und kolloiden Lösungen gespeichert. Die chemische Energie kann sich in ultramolekuläre Energie, diese in Oberflächenenergie und diese wieder in Wärmeenergie umsetzen. Biologisch präzisiert ist die Ausgleichung von Konzentrationsdifferenzen die Hauptquelle der intramolekularen Energie; sie liefert Konzentrationsströme elektrischer Natur, die sich im übrigen Organismus (Muskeln, Nerven und Drüsen) in Arbeit und Wärme umsetzen, während die Fermente und Enzyme als physiologische Katalysatoren einwirken. Dieser Kreislauf gibt das Charakteristikum der lebenden Substanz: die vitale Autonomie.

Für die Leitfähigkeit der Zellflüssigkeit ist das richtige Mischungsverhältnis der anorganischen Ionen von eminenter Bedeutung, Unter den Kationen steht das Na als erregendes Ion an erster Stelle. Die K-Ionen dürften in der Zelle die bioelektrischen Potentialdifferenzen und Ströme erzeugen, während in der Gewebsflüssigkeit Steigerung der K-Konzentration die Erregbarkeit aufhebt. Die Ca-Ionen sind die physiologischen Erregungs-Dämpfer. Das ChlorAnion ist für den physiologischen Lebensprozeß in einer bestimmten Konzentration notwendig. Im Blutserum verhalten sich die Äquivalentmengen von K : Ca : Mg = 5,4 : 3,6 : 3,7. Isotonische Salzlösungen aus Na-K-Cl-Ionen bedürfen zuerst der Äquilibrierung durch mehrwertige Kationen speziell durch Ca. Die Blut- und Gewebsflüssigkeit sind in ihrem Ionengehalte normalerweise äquilibriert. Der Grund des Ionenantagonismus beruht auf deren Wirkung gegenüber der kolloiden Plasmamembran. Na-K-Ion lockern sie auf (lyotrop), Ca, Mg gerben sie (zytotrop). Die Eiweißkolloide sind durch Einwirkung von Säuren und Basen ionisiert, daher elektrisch geladen und bedingen die elektrische Leitfähigkeit des Lösungsmittels. Wir wollen die elektrochemische Energie der Nervenzelle der Einfachheit halber unpräjudizierlich mit dem gangbaren Begriffe elektromotorische Kraft bezeichnen, zumal auch ihre Speicherung eine begriffliche Ähnlichkeit mit einem elektrischen Kondensator bietet.

Während die Symptomatologie organischer Erkrankungen, wie bereits erwähnt, sich aus mehr grobphysikalischen Störungen ableiten läßt (Herabsetzung des elektrischen Potentials- und des Leitungswiderstandes durch Steigerung des osmotischen Druckes und der molekularen Konzentration, durch thermische Einflüsse u. dgl.), wird das Verständnis der sogen. funktionellen Störungen mehr aus Analyse der Störungen an den kortikalen und subkortikalen Zentren und in den Assoziationsleitungen gefördert.

Schon Du Bois-Reymond hat das Gesetz vom doppelsinnigen Leitungsvermögen der Nerven durch das Experiment bewiesen, und daß die motorischen Nerven bloß deshalb zentrifugal leiten, weil sie im Gehirn und Rückenmark, die sensiblen und sensorischen Nerven nur deshalb zentripetal, weil sie an der Peripherie ihre Reize aufnehmen.

Als einer wichtigen biologischen Tatsache müssen wir uns daran erinnern, daß bei willkürlicher Konzentration sowohl im Muskel als auch im Nerven intermittierende periodische Aktionsströme, angeblich von etwa 50 Erregungen in der Sekunde entstehen, daß also die zentralen motorischen Elemente des Gehirns und Rückenmarks keine kontinuierliche Erregung erzeugen.

Auf klinische Symptome angewendet, bedeutet das fibrilläre Zucken eine Reihe unwillkürlicher diskontinuierlicher Erregungswellen mit ungleichmäßigem Intervall, ausgehend von krankhaft veränderten Vorderhornzellen.

Der reflektorische Muskelklonus (Tic) wäre zu definieren als ein mehr rhythmischer diskontinuierlicher Erregungsstrom von größerer Frequenz (Perioden) und längeren freien Intervallen.

Der pathologische Tonus repräsentiert sich als kontinuierliche Dauerkontraktion von hoher Periodenzahl (Hochfrequenz) und reflektorischem Ursprunge, ähnlich wie der Tetanus.

Die willkürliche Kontraktion entsteht aus einem zentral ausgelösten induzierten Hochfrequenzstrome, mit wohl rhythmischen, aber ungleichartigen, in ihrer Intensität differenten Erregungsimpulsen (Stromstärke) (Garten).

Biologisch betrachtet sollten die krankhaften Nerven-Muskelerscheinungen dahin analysiert werden, ob ein Fehler der Erregung der Reizleitung oder der Kontraktion vorliegt.

Wir sind jedoch in der anatomischen Denkweise erzogen und sprechen von zentralen, zerebrospinalen und peripheren Erkrankungen.

Organische Störungen sind ebenso wie die funktionellen entweder Ausfalls- oder Krampf-

erscheinungen, mit dem Unterschiede, daß bei organischer Läsion Ausfallserscheinungen allein für sich bestehen können, Krampferscheinungen jedoch stets zugleich einen zentralen (anatomischen) Funktionsausfall in sich schließen; bei funktionellen Störungen handelt es sich demgegenüber entweder um eine elektromotorisch hochgespannte Ganglienzellengruppe mit klonisch-tonischen Entladungen (hysterische Konvulsionen, Tik usw.) oder um eine Leitungsstörung im Sinne eines fehlerhaften Stromeinbruches oder Stromunterbrechung oder Stromentgleisung.

Das Gesetz, daß Energige nie verloren geht, wiederholt sich auch in der menschlichen Pathologie. Die Hyperästhesie und Hyperalgesie erklärt sich in diesem Sinne durch die Annahme, daß der sensible Impuls in zentrifugaler Richtung reflektiert, und je nach der Erregungsquantität entweder als Berührung oder als Schmerz empfunden wird.

Die funktionelle Anästhesie mit oder ohne motorischem Reiz oder Ausfall deutet auf Sperre oder Entgleisung der sensiblen Impulse auf fremde, meist assoziative Rindenbahnen.

Die Kontrakturen und Klonismen bedeuten ein Abirren auf den betreffenden Pyramidenbahnabschnitt entweder

a) durch die sensible Rindenzelle — Assoziation motorische Bahn (daher Hyperästhesie)

b) oder aber unter Umgehung der sensiblen Empfindungszentren direkt auf dem subkortikalen Reflexwege in das periphere motorische Neuron (daher Anästhesie und Tonismen).

Bei der funktionellen Myoklonie ist die reflektorische oder willkürliche Erregung der motorischen Rindenzellen in ihrer Rhythmik gestört und daher auch die sekundäre Erregung (Induktion) der motorischen Vorderhornzellen im Sinne klonischer rhythmischer Stoßerregungen mit größeren oder kleineren Intervallen gestört.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Aus dem **Bericht über die Tätigkeit des neurologischen Instituts an der Wiener Universität** (k. k. Österr. interakademisches Institut für Hirnforschung) **für 1917.** Auch in diesem Kriegsjahre waren Eifer und Arbeitslust in erfreulicher Weise am Institute erhalten geblieben.

Das pathologisch-anatomische Material erhielt einen Zuwachs um 119 Nummern, von denen die wichtigeren Fälle aufgearbeitet und untersucht wurden. Die Sammlungen mikroskopischer Präparate erfuhren eine wesentliche Erweiterung; außerdem wurden sämtliche alten Serien einer genauen Durchprüfung, namentlich auf etwa eingetretene Luftblasen, unterzogen und, wo nötig, nachgefüllt.

Institutsbibliothek: Es wurden die einschlägigen Neuerscheinungen des Jahres — allerdings nur aus Deutschland und Österreich — nachgeschafft und sohin dürfte die Bändezahl nunmehr nahezu 40 000 betragen.

Am 13. November fand anläßlich des 70. Geburtstages des Vorstandes Prof. Dr. Obersteiner eine kleine intime Feier in den Institutsräumen statt.

Aus dem Institute sind im Berichtsjahre nachfolgend angeführte Arbeiten in Druck erschienen: Bauer-Jokl, Marianne: Über das sogenannte Subkommissuralorgan. Arbeiten aus dem Wiener neurologischen Institut XXII. Band 1. Heft. Dieselbe: Über morphologische Senilismen am Zentralnervensystem. Wiener med. Wochenschrift 1917, Nr. 46. Brunner, Hans: Über mediane und paramediane Zellen in der Medulla oblongata menschlicher Embryonen. Arbeiten aus dem Wiener neurologischen Institut XXII. Band 1. Heft. Derselbe: Zur Kenntnis der unteren Olive bei Säugetieren. Ibidem. Leidler, R.: Über die Beziehungen der Syringomyelie (Syringobulbie) zum zentralen Vestibularis. Marburg, Otto: Zur Frage der Amusie. Arbeiten aus dem Wiener neurologischen Institut XXII. Bd. Heft 1. Derselbe: Vergleichend anatomische Studien über den Nucleus hypothalamicus und hypothalamische Striatumfaserung. Jahrbücher für Psychiatrie u. Neurologie 1917 XXXVIII. Bd. 1. Heft. Derselbe: Die durch die Kriegserfahrungen bedingten Fortschritte in der Neurologie. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung, München 1917, Maiheft. Derselbe: Herdgleichseitige Erscheinungen bei Schädelschüssen (multiple Sklerose nach solchen). Neurol. Zentralblatt 1917 Heft 3. Derselbe und Ranzi, E.: Zur operativen Behandlung der Epilepsie nach Schädelverletzungen. Wiener klinische Wochenschrift 1917 Nr. 21. Moszkowitz, Ludw.: Überbrückung von Nervendefekten durch gestielte Muskellappen. Münch. med. Wochenschr. 1917 Nr. 23. Schwartz, Leonhard: Zur Lokalisation des Nystagmus rotatorius. Neurol. Zentralbl. 1917 Nr. 5. Spiegel, E. A.: Der Nucleus funiculi teretis. Jahrb. für Psychiatrie u. Neurologie 1917 XXXVIII. Band Heft 1. Spiegel, E. A., und Sommer: Über die histologischen Veränderungen des Kleinhirns am normalen Senium. Arbeiten aus dem Wiener neurologischen Institut 1917 XXII. Bd. 1. Heft.

Referate.

— **Zur Frage der traumatischen Neurose.** Von H. Oppenheim. Deutsche mediz. Wochenschrift 1916, 21. Dezember.

Oppenheim tut dar, wie in Goldscheiders Auffassung (D. m. W. 1916 Nr. 40) eine sehr weitgehende Bestätigung und experimentelle Begründung seiner Lehre von der traumatischen Neurose liegt, und weist dann auf den Irrtum hin, daß nämlich der Begriff der individuellen Krankheitsbereitschaft vielfach mit dem der psychopathischen Diathese verwechselt wird. Aus der derzeitigen posttraumatischen Symptomatologie die psychopathische Konstitution herauszulesen, das gehe nur an unter der Voraussetzung, daß ihre Existenz schon ein Beweis für ihre Präexistenz ist. „Wir kennen kaum irgendeine krankmachende Ursache, die auf alle Menschen gleichmäßig wirkt, bei der wir aus der Ätiologie ohne weiteres, mit Naturnotwendigkeit, den Folgezustand ableiten können." Von Tausenden, die Syphilis, Typhus, Diphtherie usw. überstanden haben, erkrankt nur ein kleiner Bruchteil an den bekannten postinfektiösen Nervenkrankheiten. Wir haben also auch bei Neurosen nach Kriegsverletzungen kein Recht, „die individuelle Reaktion als psychopathische Reaktion zu deuten und zu bewerten", „aus der Tatsache, daß ein Mensch infolge eines psychischen oder mechanischen Insultes an einer hartnäckigen Neurose erkrankt, auf eine prämorbide Persönlichkeit zu schließen."

Oppenheim erinnert ferner daran, daß ein großer Teil der psychogenen Nervenstörungen mit Einschluß eines Teils der thymogen entstandenen einen sehr labilen, auf die verschiedenste Weise beeinflußbaren Zustand bilden, und daß er schon 1892 in seiner Monographie über die traumatischen Neurosen vor forcierten elektrischen Kuren gewarnt habe, die höchstens Augenblickserfolge bewirken können. Bresler.

Buchbesprechungen.

— Horn, P.: Über die neuere Rechtsprechung bei Unfallneurosen. Erweiterter Abdruck aus Ärztl. Sachverständigen-Ztg. 1915 Nr. 4 und 5. 40 Seiten. Berlin 1915, R. Schoetz.

Erörterung der wichtigsten rechtlichen Gesichtspunkte und einiger Entscheidungen. B.

— Hinselmann, H.: Zur Sexualethik des gebildeten jungen Mannes. 29 S. Bonn, 1917, F. Cohen. Preis 1,20 M.

Begründung der Notwendigkeit einer systematischen, umfassenden und sorgfältig aufgebauten Geschlechtskunde in den Schulen. Sehr lesenswerte Schrift; hinsichtlich Verwirklichung der Vorschläge unterschätzt Verf. zwar nicht die sachlichen Schwierigkeiten, denn solche gibts überhaupt dabei nicht, sondern die Beschränktheit und den völligen, an Schwachsinn grenzenden Mangel an Anpassungsfähigkeit und Willensstärke eines großen Teils der Gebildeten, Gelehrten und Politiker. B.

— Koppe, Johannes und Robert, Architekten in Leipzig: Ausgeführte und geplante Krieger-Heimstätten. Mit Ratschlägen aus der Praxis, 180 Abbildungen und Plänen. 108 Seiten. Halle a. S. 1917, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. Preis 3,60 M.

Das Buch soll unsere Kriegsbeschädigten und Siedlungswilligen an Hand einiger Beispiele über alle wichtigen Fragen des Auf- und Ausbaus unterrichten, bevor sie zur Tat schreiten, damit Fehlschläge möglichst vermieden werden. Es beruht auf langjährigen praktischen Erfahrungen auf dem Gebiet der Kleinsiedlungen und insbesondere auf der Tätigkeit für Siedlungsgesellschaften und Kriegersiedlungen.

Da wohl alle Anstalten vor die Frage gestellt sind, in welcher Weise sie für die Siedlung kriegsinvaliden Pflegepersonals am besten sorgen, so kann auch ihnen das Buch als Ratgeber gute Dienste leisten und sei zur Beachtung empfohlen. Außerdem eignet es sich ganz besonders auch für zu entlassende nervensieche Krieger. Bresler.

— Krueger: Die Paranoia, eine monographische Studie. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie. Herausgegeben von Lewandowsky und Wilmanns. Berlin 1917, J. Springer.

Verfasser faßt den Begriff der Paranoia recht weit, etwa noch im Sinne Cramers, Ziehens u. a., wenigstens was die chronische Paranoia betrifft. Die Kraepelinsche Schule und deren Lehren von den Paraphrenien kommen schlecht weg dabei. Auf 113 Seiten erhalten wir dann aber ein ausführliches und recht ansprechend geschriebenes Bild von den uns bekannten Krankheitszuständen, die Verfasser in drei Kategorien teilt: Paranoia combinatoria, Paranoia hallucinatoria und Paranoia querulatoria. Im allgemeinen werden aus der Fülle der einschlägigen Literatur die einzelnen Ansichten der Autoren, meist schon Gemeingut der Psychiatrie geworden, wiedergegeben. Doch finden wir auch eigene Ansichten des Verfassers wiedergegeben, womit er allerdings nicht überall Beifall finden wird. So kann ich z. B. die nachdrücklich wiederholt betonte Ansicht, daß man die Unterbringung des Paranoikers in die geschlossene Anstalt so lange wie möglich hinausschieben und so früh wie möglich abbrechen sollte, daß zur Beruhigung in leichteren Erregungen nur ein ausländisches Präparat aus dem reichen deutschen Arzneischatz in Betracht kommen soll — ich greife gerade zwei therapeutische Fragen heraus, weil ich mich für sie am meisten interessiere — nicht unterschreiben.

Das Buch ist für 6,80 M im Buchhandel, für 5,40 M für die Abonnenten der „Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie" zu haben.

Wern. H. Becker-Herborn.

— Klages: Handschrift und Charakter. Leipzig 1917, J. A. Barth. Preis ungeb. 8,40 M.

Der Verfasser sucht weite Kreise der Gebildeten für das Studium der Graphologie durch dieses Buch zu interessieren. Ob ihm das gelingt? — Ref. vermag weder mit einem glatten „Ja" noch mit „Nein" zu antworten. Gewiß gibt die Graphologie Ausblicke, die von eminenter Bedeutung sind, die Kriminalisten, Psychologen und Psy-

chiater in gleicher Weise interessieren, wenn nur diese Ausblicke festfundierte Forschungsergebnisse wären. Doch scheint mir auch nach der aufmerksamen Lektüre des Klagesschen Buches die Graphologie mehr eine Kunst als eine Wissenschaft zu sein, ich möchte sogar den Vergleich wagen, daß mir der heutige ernsthafte Graphologe — unter diese ist Verfasser im Gegensatz zu manchem graphologischen Charlatan zweifellos zu rechnen — vorkommt wie ein begabter und feinbeobachtender Arzt des Mittelalters: Eine überragende Begabung zur Diagnostik und zur selten fehlgreifenden Erfassung des richtigen Mittels schaffte Einzelerfolge, wie sie historisch erst der weit fortgeschrittenen Wissenschaft als Massenerfolge vorbehalten sind. Demgemäß vergleicht Klages sein Spezialfach auch mehr mit der Kunst als mit der Wissenschaft, insbesondere ist für ihn der gute Graphologe dem Porträtisten vergleichbar, in dessen Werken auch persönliche Auffassung und Künstlerindividualität den Stempel aufgedrückt haben. Ich rate dem Leser, sich diese Anschauung erst voll und ganz zu eigen zu machen; nur dann wird ihm die Lektüre des Klagesschen Buches Interesse abgewinnen und Gewinn bringen Wern. H. Becker-Herborn.

— Fuchs, W.: „. . . . weil wir nicht kriegsbereit sind." Eine psychologische Studie usw. Berlin 1914, C. A. Schwetschke & Sohn.

Mit dem Tiefenblick, den wir bei ihm schon so oft zu bewundern Gelegenheit hatten, gibt F. einige Proben von dem dichterischen Ausdruck der urwüchsigen, gesunden, natürlichen Gefühle, welche Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts, in jener einzig großen Zeit, die Völker beherrschten, Gefühle, die nur der erlebte, der nicht zu Hause saß, sondern selbst im Kampf fürs Vaterland stand. Ein Volk, das siegen will, muß diese Gefühle haben, oder — nur ein Volk, das dieser Gefühle fähig ist, kann siegen. Die daran geknüpften völkerkundlichen Betrachtungen sind sehr interessant. B.

— Poppelreuter: Die psychischen Schädigungen durch Kopfschuß im Kriege 1914/16. Bd. I: Die Störungen der niederen und höheren Sehleistungen durch Verletzungen des Okzipitalhirns. Leipzig 1917, Voß.

Die 473 Seiten umfassende Schrift zerfällt in zwei Teile, deren erster die pathopsychologische Symptomatologie in sechs Kapiteln umfaßt, deren zweiter Teil eine Kasuistik von 50 ausgewählten Fällen enthält, die nach klinischen Gruppen geordnet sind. Im Anhang finden wir endlich noch neun Tafeln, die Soldatenköpfe mit Okzipitalverletzungen darstellen. Die einzelnen Kapitel des ersten Teils behandeln folgende Themata: 1. Die Sehfelddefekte, 2. Die rein optischen Auffassungsvorgänge, 3. Die Störungen der sinnvollen optischen Erkennungs- und Denkvorgänge, 4. Die optische Apraxie, 5. Die Störungen des Lesens und Schreibens bei zerebral Sehgestörten, 6. Allgemeines, insbesondere auch Auslassungen über die Therapie, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Dienstfähigkeit und psychische „Wesensänderung" derartiger Verletzter.

Verfasser hat ein Hirnverletztenmaterial von über 700 Fällen gesehen, eine Kasuistik, wie sie uns der Friede erst im Laufe vieler, vieler Jahre gebracht haben würde. So bedauerlich an sich der Weltkrieg ist, so sieht man doch auch hier wieder, daß er neben seinen vielen schlimmen auch einige wenige gute Seiten hat. Die medizinische Wissenschaft gewinnt durch die Fülle von sonst seltenen Fällen, vorausgesetzt, daß sich scharfe Beobachter finden, die das Material gut zu verwerten wissen. Zu solchen Beobachtern gehört zweifellos Poppelreuter, dessen eingehende Beschäftigung mit den Fällen, dessen geschickte Zusammenstellung der zusammengehörigen Fälle und dessen Fleiß in der Registrierung der Resultate der psychopathologischen Untersuchungsmethoden hier ein Werk geschaffen hat, das aller Voraussicht nach auf Generationen hinaus wertvoll bleiben wird. Wern. H. Becker-Herborn.

Therapeutisches.

— **Behandlung der Scabies mit Scaben.** Von Oberstabsarzt Dr. Greif. Med. Klinik 1918 Nr. 10.

„Scaben" enthält Bestandteile des Balsamum peruvianum, des Acidum benzoicum und des Acidum salicylicum. G. hat „Scaben in der Weise angewendet, daß er entweder länger dauernde warme Bäder oder Dampfbäder oder heiße Einwickelungen der Einreibung des „Scabens" vorausschickte. Es scheint besonders auf die Dauer der Einreibung (etwa eine halbe Stunde) und auf die Intensität der Einreibung, die mit Pistill oder Bürste oder dergleichen geschehen kann, anzukommen, wenn Erfolge erzielt werden sollen. Aber auch bei Fällen, in denen er sofort auf die noch nicht durch Bäder usw. vorbereitete Haut „Scaben" habe einreiben lassen, wurden durchaus befriedigende Ergebnisse erzielt. „Scaben" ist nahezu geruchlos, das Hemd wird nicht beschmutzt. Vergiftungserscheinungen, wie Nierenreizungen, hat G. bei genauer Nachprüfung nie bemerken können. Gerade die sogenannten Mischfälle von Scabies waren ein sehr dankenswertes Behandlungsobjekt.

(„Scaben" wird von den Temmler-Werken, Vereinigte Chemische Fabriken, Detmold, hergestellt.) B

Anstaltstechnisches.

Küchenwirtschaftliche Maschinen.

Das Streben nach möglichst restloser Ausnutzung der Lebensmittel hat in den letzten 10 bis 20 Jahren zur Schaffung und Vervollkommnung von Küchenmaschinen in dem Maße geführt, daß von einem besonderen Industriezweig gesprochen werden kann. Unter den Werken, welche sich mit der Herstellung solcher Maschinen beschäftigen, nimmt das Eisenwerk Louis Paul & Co., Radebeul-Dresden einen hervorragenden Platz ein. Da st z. B. zu nennen die Kartoffel- und Rübenschälmaschine „Taifun". Die Kartoffeln und Rüben werden nicht eigentlich geschält, sondern abgerieben und zwar mittels Schmirgeltellern. Wie groß der Verlust beim Handschälen ist, geht aus folgendem Versuch von Geheimrat Delbrück hervor: „Kartoffeln verschiedener Größe wurden von sachgeübten Frauen geschält und zwar bei einer Versuchsreihe sehr schnell,

bei einer anderen sehr sorgfältig. Dann wurde jedesmal das Gewicht der Schalen festgestellt. Bei großen Kartoffeln betrug das Gewicht der Schalen bei sorgfältigem Schälen 17,8%, bei schnellem Schälen dagegen 27,9%. Das schnelle Schälen von 5 Pfund Kartoffeln dauerte 7 Minuten, während das sorgfältige Schälen 24 Minuten in Anspruch nahm. Mittelgroße Kartoffeln, sorgfältig geschält, ergaben 23%, schnell geschält 32,2% Schalen. Bei kleinen Kartoffeln war der Schälverlust naturgemäß am größten; er betrug bei sorgfältigem Schälen (Dauer 43 Minuten) 27,7%, bei schnellem Schälen (Dauer 19 Minuten) sogar 35%." Bei Schälung durch ungeübtes, besonders männliches Personal sind die Schälabfälle noch wesentlich erheblicher.

Maschinelle Kücheneinrichtung

Passiermaschine

Kartoffel- und Rübenschälmaschine „Taifun"

Die Ersparung von Zeit und an Arbeitskräften braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden.

Vor allem aber wird durch Maschinenschälung Kartoffelmehl gespart und zwar auf einen Zentner etwa ein Pfund. Denn unter der Schale ist die Kartoffel verhältnismäßig am stärkehaltigsten.

Bei der Kartoffelschälmaschine Saxonia für Großbedarf geschieht die Schälung durch Rotation großer stark verzinnter Stahlblech-Schälringe, auf welche die Kartoffeln in großer Menge geschüttet werden, in Verbindung mit einer selbsttätigen Wasserspülung für das Herausspülen des Schalenabfalles und des Kartoffelmehles und wird von der bedienenden Person überwacht, sodaß nicht mehr Schale von den Kartoffeln genommen wird, als unbedingt nötig ist. Die Kartoffeln sind nach einem geringen Nachputzen und nach Ausstechen der Augen gebrauchsfertig.

Alle Schälmaschinen sind so eingerichtet, daß sie sowohl für Hand- wie für Kraftbetrieb benutzt werden können. Bei elektrischem Betrieb betragen die Betriebskosten für das Schälen von 5—8 Zentnern Kartoffeln 18,4—27,6 Pf. (Drehstrom).

Für mittlere Wirtschaftsbetriebe, deren Schälbedarf 100 Pfund pro Stunde nicht übersteigt, ist die Kartoffelschälmaschine Rapid eingerichtet.

Ein anderes wichtiges Fabrikat von L. Paul & Co. sind die Waschmaschinen Paulko für Kartoffeln, Möhren, Kohlrüben, Sellerie, Rettiche usw.; sie sind eine Ergänzung der Schälmaschine. Waschzeit 3—6 Minuten. Sie sind zugleich ein wertvolles Unterstützungsmittel bei der Vorbeugung gegen Vieherkrankungen.

Ferner: Paulko Schnelldämpfer, für menschliche Ernährungszwecke und zur Viehhaltung. Mit Waschkessel eignet er sich auch zum Kochen und Desinfizieren jeder Art Wäsche. Sie sind nach Art der Papinschen Töpfe verschließbar und kippbar eingerichtet, aus Schmiedeeisen und Eisenblech mit chamottierter hoher Feuerbrücke und brauchen nicht eingemauert zu werden. Die Passiermaschine Expreß für Suppen, Erbsen, Gemüse, Kartoffeln, Obst usw. Die zweifache Küchenmaschine Matador a) als Passiermaschine, b) für Zubereitung von Schlagsahne, Schnee, Zuckermassen, Fondants usw. Die Rekord-Schnitzelmaschine zum Schneiden von Kartoffeln, Möhren, Kohlrabi, Obst und kleinen Knollenfrüchten sowie Kraut. Universal-Reibe- und Schneidemaschinen für altbackene Semmeln, Brot, rohe und gekochte Kartoffeln, Mandeln, Erdnußkernen usw., Kraut, Gurken, Kartoffeln usw. Die Brotschneidemaschine „Rekord". Endlich seien auch noch die Original-Paul-Messerputzmaschinen mit allerdings durch die Kriegsverhältnisse gegenwärtig eingeschränkter Fabrikation und die hygienischen Geschirrspülapparate erwähnt, letztere für Geschirrspülung, -desinfizierung und -trocknung.

Kartoffelschälmaschine „Saxonia"

Küchenwirtschaftliche Maschinen verschiedener Art sind seit vielen Jahren mit bestem Erfolg und Nutzen in überaus zahlreichen Anstaltsküchen eingeführt, z. B. auch in den Kgl. Sächs. Landesirrenanstalten Altendorf bei Chemnitz, Arnsdorf in Sa., Untergöltzsch bei Rodewisch, in der Kgl. Sächs. Erziehungsanstalt Großhennersdorf in

Sa., in der Rheinischen Prov.-Nervenheilstätte Roderbirken bei Leichlingen, in der Kais.-Aug.-Viktoria-Volksheilstätte in Landeshut in Schlesien, im Genesungsheim Schmiedeberg im Riesengebirge, im kommunalen Krankenhause Langendreer, im St. Johannes-Krankenhause in Budapest usw., im Hospital St. Josef in Paris. Bei der internationalen Küchen-Ausstellung in Paris 1912, wo es

Universal-Reibe- und Schneidemaschine

in Friedenszeit ein eigenes Zweiggeschäft unterhielt, erhielt das Eisenwerk L. Paul & Co. die Auszeichnung „hors concours", und ein Jahr zuvor am gleichen Orte den „Grand prix". 1909 waren die Goldene Medaille und ein Ehrenpreis der Stadt Berlin vorausgegangen, 1913 folgte mit hoher Auszeichnung ein Ehrenpreis der Stadt Leipzig. Man sieht, wie deutscher Gewerbefleiß auch auf dem jetzt so zeitgemäßen Gebiete küchenwirtschaftlicher Maschinen Nützliches und Wertvolles erstehen ließ, denn bei den heutigen Ernährungsschwierigkeiten haben sich die meisten dieser Maschinen als ein großer volkswirtschaftlicher Gewinn erwiesen. Zum Schluß soll noch das Gebiet ganzer maschineller Kücheneinrichtungen kurze Erwähnung finden, wo ein im Maschinentisch unfall- und betriebssicher eingebauter Elektromotor gleich verschiedene Maschinen in Bewegung setzt. Durch die vielseitige Ausnützung der verhältnismäßig billigen elektromotorischen Betriebskraft wird auch die Personalfrage günstig beeinflußt. Man spart Arbeitskräfte, was heute für Anstaltsküchen ebenso wichtig ist, wie die bessere Ausnützung der Lebensmittel, die man mit den Paul'schen Maschinen in weitestem Maße erreicht. Solche Einrichtungen hat die vorgenannte Firma in vielen Anstaltsküchen ausgeführt, unter andern in der Königl. Taubstummenanstalt Leipzig, im Krankenhaus St. Jakob, Leipzig, im Hilfslazarett Nordschule Jena, in der Landes-Frauenklinik Magdeburg, in der Heilstätte Gottleuba i. Sa., in der Israelitischen Krankenanstalt Breslau, in der Militär-Chirurgischen Abteilung des St. Johannis-Krankenhauses Budapest usw.

In der Reichshauptstadt, wo neben zahlreichen Anstaltslieferungen, wie u. A. im Jüdischen Krankenhaus, im Kreis-Krankenhaus Berlin-Großlichterfelde und im Krankenhaus Berlin-Neukölln, im Virchow-Krankenhaus, im Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Krankenhaus und im Königin-Elisabeth-Hospital, Oberschöneweide vielfach auch ganze ma-

schinelle Kücheneinrichtungen in Verwendung sind, hat das Werk eine Generalvertretung mit Musterlager und Reparaturwerkstatt zur Erleichterung der Kundschaft eingerichtet, welche von der Ingenieur-Firma Ernst Paatzsch & Co., Berlin NO. 43, Meyerbeerstraße 13, geführt wird.

Personalnachrichten.

— **Dresden.** Dem Anstaltsarzt der städt. Heil- und Pflegeanstalt Dr. Paul Geyer, zurzeit Oberarzt in einem Feld-Art.-Rgt., Ritter des V.-O. II. Kl. m. Schw., des A.-O. II. Kl. m. Schw. und des E. K. II. Kl., wurde das Eiserne Kreuz I. Kl. verliehen.

— **Dresden.** Dem Anstaltsdirektor Geh. Med.-Rat Dr. Lehmann in Leipzig-Dösen wurde aus Anlaß seines Übertritts in den Ruhestand das Offizierskreuz vom Albrechts-Orden verliehen. — An Stelle des in den Ruhestand übergetretenen — inzwischen verstorbenen — Geheimen Medizinalrats Dr. Lehmann wurde der Oberarzt der Landesanstalt Sonnenstein, Medizinalrat Dr. Hermann Paul Nitsche, zum Direktor der Landesanstalt Leipzig-Dösen ernannt und dem Oberarzte der Landesanstalt Leipzig-Dösen, Dr. Erich Wendt, Titel und Rang als Medizinalrat verliehen. — Versetzt worden sind der Oberarzt der Landesanstalt Großschweidnitz, Dr. Walter Heinicke, als leitender Art an die Landesanstalt für Geisteskranke zu Waldheim und der Oberarzt der Landesanstalt für Geisteskranke zu Waldheim, Dr. Albert Wilhelm Kellner, an die Landesanstalt Hubertusburg. — Auf Ansuchen entlassen worden ist der Anstaltsarzt der Landesanstalt Colditz, Dr. Hugo Reukauff.

— **Berlin.** Prof. Dr. Max Lewandowsky, Priv.-Dozent für Neurologie, ist im Alter von 42 Jahren am 4. April gestorben.

— **Obrawalde.** Direktor San.-Rat Dr. Dluhosch

feierte am 1. April sein 25 jähriges Jubiläum als Anstaltsdirektor im Dienste der Provinz Posen. Auch diese Wochenschrift spricht ihre besten Glückwünsche aus.

Neberts Kriegs-Frontenkarte von allen Kriegsschauplätzen (Louis Neberts Verlag, Halle a. S., Töpferplan 3) ist auch in der gegenwärtigen bewegten Zeit ein bewährter Begleiter beim Lesen der Heeresberichte und sonstigen Mitteilungen vom Kriegsschauplatz. Der Preis der jedesmaligen Ausgabe beträgt nur 90 Pf. Sie sei bestens empfohlen. B.

☞ Es wird gebeten, Ankündigungen von Vereinsversammlungen und Programme rechtzeitig und direkt an den Verlag dieser Wochenschrift, nicht an die Redaktion zu senden.

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. **Nr. 7/8. 1918/19.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von
Geh. San.-Rat Prof. Dr. **K. Alt** Uchtspringe (Altmark), Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle, Chefarzt San.-Rat Dr. **Beyer**, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Sanitäts-Rat Dr. **Deiters**, Grafenberg, Sanitätsrat-Rat Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin), Medizinal-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer**, Hohemark, San.-Rat Dir. Dr. **Herting**, Galkhausen (Rhl.), Geh. Med.-Rat Dr. **Ilberg**, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), Dir. Dr. **Kluge**, Potsdam, Dir. Dr. **Lehmann**, Lindenhof, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R., Dir. Dr. v. **Olah**, Budapest, Prof. Dr. **A. Pilcz**, Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß**, Wien, Geh. Rat Prof. Dr. **E. Schultze**, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger**, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke**, Eglfing b. München, Prof. Dr. **H. Vogt**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).
Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 7/8. 25. Mai. **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Franz Simon †.

Am 21. März 1918 verstarb zu Görlitz, wo er im Ruhestande lebte, der Geheime Sanitätsrat Dr. med. Franz Simon, zuletzt Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Lüben in Schlesien.

Georg Franz Simon wurde am 9. Oktober 1851 zu Suhl, Kreis Schleusingen, als Sohn eines Justizrats geboren. Nachdem er zunächst den Unterricht der Elementarschule seiner Vaterstadt und darauf einige Jahre Privatunterricht bei einem Geistlichen des Orts genossen, kam er Ostern 1867 in die Quarta des Gymnasiums zu Schleusingen, das er Ostern 1872 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Am 25. April 1872 wurde er Eleve der medizinisch-chirurgischen Akademie für das Militär zu Berlin und Ostern 1873 Zögling des medizinisch-chirurgischen Friedrich-Wilhelm-Instituts. Vom 1. Mai bis 31. Oktober 1873 diente er als Einjährig-Freiwilliger beim Garde-Füsilier-Regiment. Nach seiner Promotion am 12. Januar 1876 wurde er an die Königl. Charité zu Berlin kommandiert, wo er mehrere Monate auch auf der psychiatrischen Abteilung tätig war. Am 7. Mai 1877 bestand er mit „gut" die medizinische Staatsprüfung. Seit dem 15. Februar 1876, wo er als Unterarzt bei dem 3. Pos. Inf.-Rgt. Nr. 58 angestellt wurde, gehörte er der Armee an. Am 28. August 1877 wurde er zum Assistenzarzt II. Klasse, am 24. Januar 1881 zum Assistenzarzt I. Klasse ernannt. Am 26. Januar 1882 wurde er Assistenzarzt beim General- und Korpsarzt des V. Armeekorps in Posen. Am 26. November 1895 wurde ihm der Abschied als Stabsarzt der Landwehr bewilligt.

Nachdem Simon sich schon längere Zeit mit dem Gedanken getragen hatte, sich der Psychiatrie zu widmen, bewarb er sich im Oktober 1884 um die ausgeschriebene Stelle des III. Arztes an der Anstalt Leubus in Schlesien. Seiner Bewerbung konnte er ein geradezu glänzendes, in den wärmsten Ausdrücken gehaltenes Zeugnis des damaligen General- und Korpsarztes des V. Armeekorps Dr. Henrici beifügen. Am 1. Dezember 1884 trat er in den Dienst der Anstalt Leubus, an der er bis zum 1. Juni 1889 unter Alter tätig war. Hier lernte er die vornehme, jeder Kleinlichkeit abholde Auffassung des Dienstes, der er immer treu geblieben ist. Am 3. Juli 1885 wurde er zunächst kommissarisch und am 1. Januar 1887 definitiv zum II. Arzt der Anstalt Leubus ernannt. Der Anstalt war damals ein landwirtschaftlicher Betrieb noch nicht angegliedert. Damit nun Simon Gelegenheit finden sollte, sich auch in diesem an einer größeren Anstalt einzuarbeiten, worauf die Behörde für eine spätere Übernahme

eines Direktorpostens großen Wert legte, wurde er am 1. Juni 1889 als II. Arzt an die Anstalt Bunzlau versetzt. Von hier erfolgte am 1. Mai 1891 seine Versetzung nach Tost in Oberschlesien unter gleichzeitiger Ernennung zum Direktor der dort aus einem Arbeitshause zu schaffenden „Irrenpflege-Station". Der Name „Irrenpflege-Station" bestand ungefähr vier Jahre lang, während deren nach Tost nur unheilbare Kranke aus den anderen schlesischen Anstalten abgegeben wurden. Als dann der allgemeine Mangel an Krankenplätzen dazu zwang, auch frische Fälle zur Aufnahme nach Tost zu überweisen, wurde der Name in „Irrenanstalt" — später „Heil- und Pflegeanstalt" — abgeändert. Wer die Schwierigkeiten ermessen kann, die bei der Umgestaltung eines Arbeitshauses zu einer einigermaßen brauchbaren Irrenanstalt erwachsen müssen, wird zugeben, daß Simon bei seiner Ernennung zum Direktor gleich vor eine gewiß nicht leichte Aufgabe gestellt wurde. Er hat sich ihrer entschieden mit Geschick entledigt. Durch Umbauten, Neubauten und allmähliche Erweiterung des landwirtschaftlichen Betriebes erstand in Tost eine Anstalt, die nicht zu den schlechtesten der schlesischen Anstalten zu zählen ist. — Am 22. Dezember 1896 wurde Simon zum Mitglied des Kreisausschusses des Kreises Tost-Gleiwitz erwählt. Als Referent über alle das ärztliche Fach irgendwie berührenden Vorlagen hat er dem Kreise bis zu seinem Fortgange von Tost große Dienste geleistet. Auch als Kirchenältester der evangelischen Kirchgemeinde zu Tost hat er sich sehr verdient gemacht. Am 31. Mai 1897 wurde ihm der Charakter als Sanitätsrat verliehen, am 26. März 1910 wurde er Geheimer Sanitätsrat.

Die Umsicht und Tatkraft, die Simon bei der Errichtung und Ausgestaltung der Anstalt Tost bewiesen hatte, bestimmte die Provinzialverwaltung, ihn zum Leiter der in Lüben in Schlesien neu zu schaffenden Anstalt zu designieren, deren Bau der Provinzial-Landtag am 18. März 1901 beschlossen hatte. Nach einer Informationsreise an mehrere neue Anstalten Deutschlands hat Simon in der Folgezeit gemeinsam mit dem damaligen Landesbaurat Blümner die Pläne für die Gruppierung, Anlage und die innere Einrichtung der zu erbauenden Gebäude entworfen und so in Lüben eine Anstalt schaffen helfen, die wohl die schönste der schlesischen Anstalten genannt werden muß. Eine Beschreibung der Anstalt findet sich im ersten Bande des bekannten Werkes „Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild" auf Seite 351 bis 364. Am 1. Juli 1905 siedelte Simon nach Lüben über, um die Vorbereitungen für die Aufnahme der ersten Kranken zu treffen, die Mitte November 1905 eintrafen. Dem weiteren Ausbau der Anstalt Lüben, die sich rasch füllte, hat Simon dann in den nächsten Jahren seine ganze Kraft gewidmet. Die Anstalt war ihm ans Herz gewachsen, der Abschied von ihr ist ihm recht schwer geworden.

Schon in den letzten Jahren seiner Tätigkeit wurde Simon der Dienst oft recht erschwert durch Beschwerden, die ihm eine hochgradige Hypertrophie der Prostata verursachte. Der Erfolg einer im Oktober 1912 vorgenommenen Operation entsprach nicht den gehegten Erwartungen. Als schließlich jede Hoffnung auf Wiederherstellung der Dienstfähigkeit aufzugeben war, suchte er seine Pensionierung nach, die vom Provinzial-Ausschuß für den 1. April 1914 genehmigt wurde. Auch in der Folge vermochten mehrfache Badekuren in Wildungen und ein neuer operativer Eingriff das Leiden kaum bis zu einem einigermaßen erträglichen Zustand zu bessern. Allmählich machten sich Verfall der Kräfte und Anzeichen von Herzschwäche bemerkbar, und am 21. März 1918 setzte ein sanfter Tod dem langen, mit großer Geduld getragenen Leiden ein Ende.

Simon verfügte über ein gediegenes Wissen in allen Zweigen ärztlicher Kunst. Als Psychiater hat er stets auf der Höhe seines Spezialfachs sich zu halten gewußt. Mit regem Interesse verfolgte er alle Neuerscheinungen der Fachliteratur; praktischen Versuchen mit neuen Heilmethoden und Heil-

mitteln war er stets zugänglich. Lange Konferenzen am grünen Tisch waren nicht nach seinem Geschmack; aber bei den gemeinsamen Visiten am Krankenbett hat er immer gern mit seinen Ärzten das Für und Wider neuer Theorien und Probleme erörtert. Selbst hat er durch Publikationen in den Kampf der Meinungen in unserem Fach nicht eingegriffen. Sein Lieblingsgebiet waren verwaltungstechnische, die Unterbringung, Verpflegung, Beschäftigung der Kranken und den landwirtschaftlichen Betrieb der Anstalten betreffende Fragen. In diesen ist er seiner vorgesetzten Behörde ein treuer Helfer und Berater gewesen. Die Berichte, die er lieferte, waren stets mit größtem Fleiß angefertigt. Systematische Exaktheit und umfassende Gründlichkeit zeichneten sie aus, ebenso wie seine gerichtlichen Gutachten.

Seinen Untergebenen war Simon ein wohlwollender Vorgesetzter, der auch für ihre kleinen Nöte ein offenes Ohr hatte und zu helfen suchte, soweit es in seiner Macht stand. Seinen Kranken war er ein wahrer Freund und gewissenhafter Berater. Sie hingen an ihrem Geheimrat mit unbegrenztem Vertrauen. Sehr zu statten kam ihm im Verkehr mit den Kranken ein sonniger Humor, mit dem er über manches Schwere hinwegzuhelfen wußte.

Seinen Ärzten, auch dem jüngsten, trat Simon mit aufrichtiger Kollegialität entgegen. Die Freiheit und Selbständigkeit im Dienst, die er ihnen ließ, hätte man manchmal eher als zu weitgehend bezeichnen können. Mit eingehenden Zeugnissen und Empfehlungsschreiben, denen man die warme Anteilnahme anmerkte, strebsamen Kräften fortzuhelfen, war ihm Herzenssache.

In seinen gesunden Tagen war Simon ein Freund schlichter Geselligkeit. Sein Haus stand seinen Ärzten stets offen. In seiner Gattin hatte er eine treue Gefährtin gefunden, die ihm sein Heim zu einer Stätte behaglichen Glückes zu gestalten wußte und ihn bis zu seinem letzten Atemzuge in aufopfernder Liebe allein gepflegt hat. Leider ist die Ehe kinderlos geblieben.

Nach langen Jahren treuen, arbeitsreichen Dienstes wäre dem Entschlafenen wohl eine Zeit sorgenloser Ruhe zu gönnen gewesen. Das Schicksal hat es anders gewollt. Die letzten fünf Jahre seines Lebens waren ein fast ununterbrochenes, oft recht qualvolles Leiden. Der Tod war ihm ein Erlöser. Requiescat in pace! Linke.

Über sogenannte funktionelle Nervenerkrankungen.

(Versuch eine bioelektrischen Erklärung.)

Von Dr. **Julius Flesch** in Wien. II.

(Schluß.)

Am augenfälligsten versinnbildlichen wir uns das biochemische Geschehen, wenn wir die verschiedenen Typen eines Aktionsstromes in einem Ordinatensystem graphisch darstellen.

Die Abszisse stelle die Dauer der Zuckung oder der Empfindung dar, während die Ordinate die Intensität der Aktion resp. Empfindung bedeutet. Es repräsentiert sich in diesem Sinne die Kurve der taktilen Empfindung wie folgt (Kurve 1).

Die Kurve der Muskelkontraktion (Kurve 2).

Kurve 1.

Kurve 2.

Die Kurve des Muskelklonus (Kurve 3).

Kurve 3.

Die Kurve des schmerzlosen Spasmus (Kurve 4).

Diese Kurve bedeutet, daß ein normalstarker zentripetaler sensibler Strom über die erste Schaltung durch Kurzschluß in die benachbarte motorische Leitungsbahn eingebrochen und dort eine Dauerkontraktur hervorgerufen hat (Reflexspasmus bei Pyramidenläsion).

Kurve 4.

Kurve 5.

Kurve der schmerzhaften Clonismen (Crampi, Schmerzreflexe, Kneipreflexe), ist eine quantitativ gesteigerte sensible Erregung (Schmerzdosis), überspringend in die motorische Bahn (Kurve 5).

Kurve des sensiblen Schmerzes (traumatischer, chemischer, thermischer Schmerz), ist ein hochgespannter sensibler Reiz, der von der Hirnrinde wieder in dieselbe Bahn zentrifugal reflektiert (Kurve 6). Die Leitung der verschiedenen Empfindungsqualitäten auf Hinter- und Seitenstrangbahnen steht trotz Vorkommens dissoziierter Anästhesie nicht hiermit in Widerspruch. Benützt doch auch die Tastempfindung auf Grund von experimentellen Ergebnissen bekanntlich partiell die gleichen Wege wie die Schmerz- und Temperaturempfindung.

Kurve 6.

Kurve der Neuralgie (Tic douloureux, lanzinierender Schmerz), sind motorische Aktionsströme, die zufolge Isolierungsstörung an der Leitung in die benachbarte sensible Leitung überspringen und dort zentrifugal bis an die Hautendigungen weiterziehen, ohne ihren motorischen Charakter zu ändern (Kurve 7).

Kurve 7.

Mit Hilfe biomechanischer Grundsätze lassen sich eine Menge klinisch pathologischer Erscheinungen ungezwungen erklären. Es möge dies an einigen Beispielen bewiesen werden.

1. Tik im Nackenmuskelgebiete, also primäre Steigerung der motorischen Rindenimpulse (schmerzlos) oder reflektorisches Überspringen eines elektromotorisch gesteigerten sensiblen Impulses (schmerzhaft), wird häufig durch Curare beseitigt.

2. Jede Neuralgie (Tic douloureux) verläuft mit Fibrillärzuckungen im nachbarlichen Muskelgebiet (motorischer Impuls, teils auf der direkten motorischen, teils auf der schlecht isolierten sensiblen Bahn).

3. Wird der das Muskelgebiet versorgende sensible oder aber der die Fibrillärzuckungen vermittelnde motorische Nerv möglichst zentral unleitend (chirurgische oder chemische Sektion), dann hört auch die Neuralgie auf.

4. Treten in schlaff hemiplegischen Exremitäten Schmerzen auf, dann kommt es bald zur spastischen Kontraktur.

5. Spastisch paretische Muskeln erschlaffen bei höherer Außentemperatur, kontrahieren sich bei niedriger Temperatur. Ursache: Thermoelektrische Ströme an der Hautoberfläche und ihre Beziehungen zum Hautwiderstand. Es findet nämlich bei höherer Außentemperatur eine lebhafte elektrische Strahlung von der Hautoberfläche statt, daher eine Art Ableitung der peripheren Spannung (Potential), wodurch wieder weniger sensible Impulse reflektorisch in die motorischen Bahnen gelangen.

Daher auch die krampflösende Wirkung warmer Bäder. In kalten Bädern oder in kalter Luft findet eine Reizung der peripheren sensiblen Endorgane (Tastzellen) und Steigerung des elektrischen Hautwiderstandes statt, daher größere Strommengen zentripetal verlaufen, die teils als Schmerz empfunden werden, zum Teile durch den Reflexbogen in die periphere motorische Leitungsbahn irradiieren, wo sie anfangs schmerzlose Spasmen, später schmerzhafte Kontrakturen verursachen.

7. Bei leichter Ischiadikusläsion ist zumeist nur das Peroneusgebiet betroffen, weil die abzweigenden Nervenäste mit den dazugehörigen Muskeln sich wie parallelgeschaltete Rasselklingeln verhalten, deren letzte von der ersten räumlich weit getrennt ist.

Dann hat der Strom bis zum distalen Versorgungsgebiet (Peronei) viel größeren Widerstand zu überwinden als beim proximalen Muskel. Da aber die Stromquelle gleichgeblieben und der Leitungswiderstand durch die Läsion gestiegen ist, gelangt die disponible Strommenge zum proximalen, nicht aber zum distalen Gebiete. Man müßte dann die Muskeln „hintereinanderschalten", d. h. die Tibialisleitung in das gelähmte periphere Peroneusstück schalten (Wesen der Nervenpfropfung).

Unter Berücksichtigung der durch anatomische Prozesse bedingten Isolierungsstörung im Gehirn oder im Rückenmarke lassen sich auch die Symptome bei Systemerkrankungen begreifen und folgerichtig ableiten. Darüber anderen Ortes.

Um jedoch die Symptomatologie funktioneller Erkrankung zu verstehen, müssen wir noch auf das Wesen der Stromumschaltungsstellen im Rükkenmarke eingehen.

Die vitalen Aktionsströme können weder mit den gewöhnlichen physikalischen Gleichströmen noch mit den Wechselströmen analogisiert werden, denn diese haben zu viel physiologische Reizeffekte.

Dagegen sind die sogenannten Hochfrequenzströme den vitalen Strömen insofern wesensgleicher, als ihnen die Reizwirkung fehlt zugunsten einer thermischen und dissimilierenden Stoffwechselwirkung.

Die von Nernst aufgestellte Erklärung dieser Erscheinung besagt, daß das Protoplasma und die wässerige Lösung des Gewebes die beiden Elektrolyten im menschlichen Gewebe repräsentieren.

Es muß also beim Durchtritt an der Trennungsfläche eine Konzentrationsänderung eintreten, die das erregende Moment für die physiologische Reizwirkung darstellt.

Letztere hat aber eine untere Reizschwelle, d. h. wenn die erregende Ursache kleiner als ein Mindestmaß ist, tritt der Reiz nicht auf.

Bei Hochfrequenzströmen liegt aber die während einer Halbwelle erzeugte Konzentrationsänderung unterhalb der Reizschwelle, Die Konzentrationsänderung der nächsten Halbwelle hebt die vorhandene in ihrer Wirkung auf. Es kommt also zu keinerlei Reizwirkung. Nernst hat dies so formuliert: Reizwirkung $= \frac{i}{\sqrt{n}}$, wobei i Intensität und $\sqrt{n}$ Frequenz darstellt.

Die modernen Diathermieapparate haben das Besondere, daß sie nebst dem Transformator, der die Spannung verändert, einer Kapazität und Selbstinduktion, die zu einer Gesamtfrequenz von etwa einer Million führt, auch eine Konstruktion zur Er-

höhung der Impulsfolge besitzen, da bei niedriger Impulsfolge neuromuskuläre Reizung störend wirken würde (Partialfunken).

Die primäre funktionelle Störung müssen wir im Kortex oder im Subkortex postulieren.

Wir müssen dabei an den Begriff der Sensumobilität (Exner) anknüpfen, wonach die Bewegungen des tierischen Körpers im hohen Grade durch sensorische Impulse beeinflußt werden. Exner unterscheidet die echte Reflexaktion (Pupillen-, Patellarreflexe) ohne Mitbeteiligung der Willkür oder des Bewußtseins, von den instinktiven Bewegungen, die subkortikal aus einer sensorischen Intentionsregulierung hervorgehen, und von den willkürlichen Bewegungen mit kortikaler Regulierung (Sprache, Zweckmäßigkeitsaktionen).

Zu einem physiologisch normalen Effekt, also z. B. dem Tonus, der Muskelkontraktion oder taktiler beziehungsweise Schmerzempfindung gehört ein Reiz von:

a) gewisser Stärke,
b) gewisser Aufeinanderfolge und Frequenz (Intervall),
c) eine gewisse Anzahl von Ganglienzellen als Akkumulator,
d) eine gewisse Kapazität für die Ganglienzellengruppe,
e) entsprechende Leitungs- und Isolierungswerte,
f) Gleichgewicht zwischen Assimilation und Dissimilation (Stoffwechsel).

Überblicken wir nun die funktionellen Störungen, so sind es Bewegungs- oder Gefühlsstörungen, die an die II. und III. Exnersche Gruppe der Sensumobilität erinnern. Es sind also die Beziehungen der kortikalen zu den subkortikalen Stromquellen gestört. Nehmen wir eine Detonationsneurose als Paradigma.

Das Explosionsgeräusch, die Gewaltwirkung des Luftdruckes und die Gesichtseindrücke bilden eine solch immense Reizgröße, daß dadurch in unverhältnismäßig kurzem Zeitintervalle die elektrochemischen Ganglienzellenakkumulatoren eine ihre Kapazität übersteigende Strommenge aufzunehmen genötigt sind; es kommt zunächst zu einer kürzer oder länger dauernden Betriebseinstellung (Ermüdung) im Kortex (Bewußtlosigkeit).

Der Stoffwechsel gleicht die Störung alsbald aus und die Funktion der Ganglienzellen stellt sich eo ipso wieder her, geradeso wie im Akkumulator die Polarisation der Elektroden durch den Polarisationsstrom wieder beseitigt wird.

Nun stellen sich aber die korrespondierenden Störungen der Sensibiliät oder der Sensumobilität ein. Planté hat 1860 nachgewiesen, daß durch wiederholtes Laden und Entladen die Kapazität des Akkumulators gesteigert wird, wobei eine Auflockerung der Oberfläche der positiven Platte erfolgt.

Auf die Funktion der Ganglienzellengruppe, speziell der Zellmembranen dürfte das Überladen sicher, wenn auch nicht vital, so doch funktionell von schädlicher Wirkung sein. Insbesondere wird dadurch leicht eine neue unerwünschte Leitungspforte eröffnet, was zu einer falschen Bahnung führen kann.

Wir werden es mithin entweder mit einer passageren Anästhesie beziehungsweise Paralyse oder mit einer falschen Bahnung, entgleister Sensomobilität zu tun haben. Dasselbe kann herdweise auftreten (Monospasmus) oder symmetrisch (Paraparesis spastica).

Auch rein funktionelle Lähmungen lassen sich durch Störung der Sensomobilität infolge Betriebsstörung der subkortikalen Regulierung erklären im Sinne der Bell-Magendieschen Versuche hinsichtlich der Lippenfazialislähmung nach Durchschneidung des zweiten Trigeminusastes (Reflexlähmung nach Oppenheim).

Begreiflicherweise werden auch die mannigfachen Assoziationsleitungen in vieler Hinsicht in ihrer funktionellen Zugehörigkeit unterbrochen und weit abliegende Empfindungsstörungen vermittelt. Es wäre noch zu untersuchen, auf welchem Wege die häufigen Klonismen und Tremorformen zustandekommen (Myoklonismen und Schütteltremor).

Wir wissen aus Untersuchungen über die Muskeltonhöhe, daß der natürliche Erregungszustand der motorischen Nerven, also der sogen. Aktionsstrom, aus einer Reihe diskontinuierlicher rhythmischer Einzelerregungen besteht. In der Ruhe gibt der Tonus des Muskels Zeugnis von einer ständigen rhythmischen Erregung, beim Reflex und bei der Kontraktion sind die Einzelerregungen (kurzwelliger und frequenter) qualitativ verändert.

Exner vergleicht den Prozeß mit einem chemischen Auslösungsvorgang explosiver Natur, wodurch neue Energiequellen entstehen, und neuerdings hat F. Lux den rhythmischen Erregungsvorgang im Nerven experimentell mit einem explosiven Gasgemisch in einem mechanisch-chemischen Apparate verglichen. Wir werden an Stelle dieser Auffassung die elektro-

chemische Speicherung im Ganglienakkumulator setzen.

Haben wir es mit einer organischen, peripheren, sensiblen Lähmung zu tun, dann fällt die sensibel vermittelte rhythmische Erregung fort, wir haben eine Hypotonie des Muskels vor uns, trotz willkürlicher Beweglichkeit.

Ist der motorische Nerv gelähmt, dann fallen alle motorischen Aktionsströme weg, es liegt eine atonische Lähmung vor.

Betrifft die anatomische Läsion die Vorderhornzellen, dann sehen wir in den Fibrillärzuckungen den Ausdruck dafür, daß von den Ganglienzellen, die teils auf dem Reflexbogen, teils zentrifugal verlaufenden rhythmischen Impulse nicht mehr als solche entladen werden, sondern wie bei der Extrasystolie und Arythmie des Herzens Impulse ausfallen oder nicht weitergeleitet werden. Das Fibrillärzukken ist also der Ausdruck einer diskontinuierlichen, intermittierenden, arhythmischen Entladung des Vorderhornakkumulators.

Die funktionellen tonischen Kontrakturen sind aufzufassen als eine kortikale Betriebsausschaltung der sensiblen Ganglienzellengruppe mit Kurzschluß im korrespondierenden subkortikalen Reflexbogen. Daher so häufig taktile Anästhesie bei lebhafter Schmerzempfindung in den kontrakturierten Muskeln (sensible, untransformierte zentripetale Ströme in der zentrifugalen motorischen Nervenstrecke).

Wird durch einen starken zentripetalen (sensiblen) Reiz, wie z. B. hochgespannten, faradischen Strom, Schreck, sensorische plötzliche Eindrücke der Ganglienkondensator wieder zur Entladung gebracht, sei es durch Inbetriebsetzung des Polarisationsstromes oder durch Ausschaltung anderweitiger mechanisch-chemischer Hindernisse, dann wird die rhythmische, tonisierende und Willküraktion wieder physiologisch in Betrieb gesetzt und die sogenannte funktionelle Störung ist mit einem Schlage behoben.

Da die Störung auf derselben Strecke (Pyramidenbahn) liegt wie bei einer organischen Pyramidenläsion, sind auch die Folgen zum Teile ähnlicher Art (spastische Kontraktur).

Bei funktioneller Lähmung, Reflexlähmung und anderen traumatisch-sensorisch bedingten hypotonischen akinetischen Muskelzuständen ohne Reizerscheinungen handelt es sich um Abirrung der sensiblen Impulse von der kortikalen oder subkortikalen Gangliengruppe in falsche Assoziationsbahnen auf weit abgelegene indifferente oder auf psychische Zentren (Diaschisis), daher die mannigfachen Charakter-Stimmungsveränderungen, vegetative und vasomotorische Störungen, oder aber es kommt infolge plötzlicher Entladung aufgespeicherter elektrochemischer Ströme zu allgemeinen Konvulsionen, zu Narkolepsien mit nachfolgenden Konvulsionen und ähnlichen Hochspannungsentladungen.

Wenn auch mein Versuch einer bioelektrischen Erklärung funktioneller Nervenstörungen in manchem Punkte noch viel Hypothetisches beinhaltet, wird doch das Kausalbedürfnis und Verständnis dadurch nicht unwesentlich gefördert, und eröffnet eine ähnliche Behandlung anderer strittiger Fragen neue, vielleicht aussichtsvolle Zukunftswege.

Jedenfalls scheint mir die Forderung, die Elektrochemie und Biologie bei Behandlung neurologischer Probleme als Grenzgebiet heranzuziehen, kein utopistischer Vorschlag mehr zu sein.

Seelenkundliches.

Von San.-Rat Dr. **J. Bresler.**

Kants kategorischer Imperativ.

Dieses Wort wird jetzt viel gesprochen und gedruckt. Dutzende Gebildete habe ich nach dem Sinn gefragt. „Der kategorische Imperativ? Na, das ist eben der kategorische Imperativ!" war die Antwort.

Es dürfte unzweifelhaft ein vielseitiges Bedürfnis, vor allem psychologisches Interesse vorliegen, über den anscheinend so selbstverständlichen Sinn dieses Urgebots klar zu werden. Er lautet: „Handle so, daß die Maxime deines Willens zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könne" (Kants Kritik der praktischen Vernunft, § 7).

Unter den unzählbaren Kommentaren, die zum kategorischen Imperativ geschrieben sind, verdienen die kritischen Bemerkungen Überwegs in seinem Grundriß der Geschichte der Philosophie, III. Teil, 1888, S. 271 und 272, besondere Beachtung, die zu folgendem Ergebnis kommen.

In der Kritik der reinen Vernunft stellt Kant den Unterschied auf zwischen Erkenntnis aus Erfahrung und Erkenntnis, die unabhängig von Erfahrung ist, in der Kritik der praktischen Vernunft

zwischen sinnlichem Trieb und Vernunftgesetz. Unser Begehren, unsere Triebe richten sich auf Gegenstände der Erfahrung, sind egoistisch und zielen auf unsere Glückseligkeit ab. Für den sittlichen Willen aber scheiden nach Kant alle materiellen Bestimmungsgründe aus und bleibt nur die Form der möglichen Allgemeinheit des den Willen bestimmenden Gesetzes übrig. Dieses Grundgesetz der praktischen Vernunft ist eben der oben wörtlich angeführte kategorische Imperativ. Es ist nach Kant nicht aus Erfahrung entsprungen, sondern aus reinem Verstande, der sich dadurch als ursprünglich gesetzgebend ankündigt, aus der Autonomie des Willens. Es steht über allen bedingten Geboten, die nur unter der Voraussetzung, daß gewisse Zwecke erreicht werden sollen, gelten oder auf Selbstliebe oder Glückseligkeit (Eudämonismus) gerichtet sind. Der Mensch als Vernunftwesen oder Ding an sich gibt sich selbst als einem Sinneswesen oder einer Erscheinung das Gesetz. Pflicht ist Notwendigkeit einer Handlung aus Achtung für das Gesetz. Jenes objektive, in der Vernunft selbst begründete, „praktische Gesetz", der kategorische, unbedingte Imperativ, würde allen vernünftigen Wesen auch subjektiv, als Maxime, zum praktischen Prinzip dienen, wenn Vernunft volle Gewalt über das Begehrungsvermögen hätte. Der Wille, der durch die bloße gesetzgebende Form bestimmt wird, ist unabhängig von dem Naturgesetz der sinnlichen Erscheinungen, also frei (Kritik der praktischen Vernunft, § 5), umgekehrt ein freier Wille nur durch die bloße Form oder die Tauglichkeit einer Maxime zum allgemeinen Gesetz bestimmt werden kann.

Heteronomie der Willkür nennt Kant alle Begründung des praktischen Gesetzes auf irgendwelche „Materie des Wollens", d. h. auf irgendwelche zu erstrebende Zwecke, insbesondere auf den Zweck der eigenen oder allgemeinen Glückseligkeit.

Handlung aus Pflicht ist nach Kant eine solche, bei welcher der Wille nicht durch Neigung oder den Gegenstand des Willens, sondern ausschließlich objektiv durch das „praktische Gesetz", subjektiv durch die reine Achtung für dieses bestimmt wird, daher durch die Maxime, diesem Gesetze selbst mit Abbruch aller Neigungen zu folgen. Achtung sei zwar auch ein Gefühl, aber, weil durch einen Vernunftbegriff geweckt, spezifisch verschieden vom Gefühl der Neigung und Furcht, sie sei das Bewußtsein der Unterordnung unseres Willens unter das Gesetz ohne Vermittlung anderer Einflüsse. Wenn außer dieser Achtung etwa Wohlgefallen an der Handlung, „süße Freude des Wohltuns" mitwirkt, so könne die Handlung zwar pflichtgemäß ausfallen, aber sie geschehe nicht aus Pflicht. Es sei sehr schön, aus Liebe zu Menschen und Teilnahme Gutes zu tun oder aus Liebe zur Ordnung gerecht zu sein, aber das sei nicht Erfüllung der Pflicht. Die Neigungen des Wirkenden seien dann sogar lästig, wenn sie der Überlegung, was Pflicht sei, vorhergehen, und müssen deshalb überwunden werden. Das Höchste, was erreicht werden könne, sei, daß sich die Achtung vor dem allgemeinen Gesetz allmählich in Freude an der Unterwerfung verwandle.

Überweg wirft nun ein, daß Kant bei seiner Bekämpfung des Glückstrebens (so übersetze ich Eudämonismus) diesen Begriff erst durch Beschränkung auf die Befriedigung sinnlicher und egoistischer Absichten ins Niedrige herabzieht und ihn dann durch Messung an dem reinen moralischen Bewußtsein als ungenügend und verwerflich verurteilt. Kant irre, indem er die Stufe der ersten Befreiung von Nebenzwecken durch Achtung vor dem Gesetz mit dem Wesen der Sittlichkeit gleichsetze. Mit der Erhebung der Achtung vor dem Rechte der Menschen als einer unbedingten Pflicht über das süße Gefühl des Wohltuns, mit einer Abweisung gesetzloser Willkür, sei er im guten Recht gegenüber einer Deutung des Begriffs der eigenen Wohls und des Gemeinwohls, die dem sinnlichen Behagen, der einseitig gedeuteten öffentlichen Wohlfahrt, der Aufrechterhaltung äußerer Ruhe und Ordnung gerade die edelsten und höchsten Interessen des freien Geistes zum Opfer bringen zu dürfen vermeint. Er irre, indem er annimmt, daß das Pflichtmäßige selbst nicht auf Zwecken beruhe. Auch aus dem Prinzip des wahrhaften, tieferen Glückstrebens folge für das Zusammenleben der Menschen die Notwendigkeit allgemeiner Gesetze.

Wie Kant zu dieser Herabsetzung auch der edelsten geistigen Zwecke zu Objekten der egoistischen Begierde und daher zu ihrem Ausschluß aus dem Moralprinzip gekommen sei, erklärt Überweg so: Diese Zwecke sind — nach Kant — empirische, sie liegen innerhalb der Welt der sinnlichen Erscheinungen, entbehren der Notwendigkeit, gehören der Natur an, nicht der Freiheit, hängen von dem Streben nach eigener sinnlicher Glückseligkeit allein ab. Das Edlere und Höhere, das rein Sittliche, aber liegt jenseits der Welt der Sinne und der Erfahrung. Kant bestreitet, daß das moralische Gesetz aus den realen Zwecken entspringt, ebenso wie er bestreitet, daß die reine Erkenntnis aus der Erfahrung stamme. Überweg

betont den Nachteil dieser Auffassung, der darin besteht, daß dabei das Höhere gegen das Niedere in einen schroffen, vermittlungslosen Gegensatz tritt und der Gedanke der Stufenordnung beseitigt wird, und daß das Höhere exklusiv formalistisch gefaßt wird, nicht aus der dem Inhalt selbst innewohnenden Ordnung verstanden, sondern als eine auf unbegreifliche Weise von dem Ich zeitlos erzeugte und in den an sich formlosen Stoff hineingetragene Form gedacht wird. Kant verwechsle die Wertordnung der Zwecke mit der logischen Form möglicher Allgemeinheit (dieser Einwand trifft meines Erachtens nicht das Richtige). Durch die Rücksicht auf die Vernunftwesen als Selbstzwecke wird nebenbei eine wirkliche moralische Norm gewonnen. „Die sittliche Aufgabe der Individualisierung des Handelns aber wird verkannt und der leeren Form möglicher Allgemeinheit zum Opfer gebracht. Kant hat die Form logischer Abstraktion, welche die Möglichkeit der juridischen und militärischen Ordnung bedingt, fälschlich für eine ursprüngliche Form der Moralität angesehen". Ein einzelner einfacher Zweck, für sich allein betrachtet, sei allerdings weder etwas Moralisches noch auch etwa Unmoralisches, die Moralität erheischt nicht ein sporadisches Wohltun, sondern die pflichtmäßige Treue gegen ein sittliches Gesetz und beruht auf der Übereinstimmung des Willens mit einem in der Anerkennung einer allgemeingültigen Ordnung begründeten Urteil über den Willen, ebenso wie eine einzelne einfache Erfahrung, für sich allein betrachtet, keine Gewißheit begründet, sondern alle Gewißheit auf Einordnung in einen durch Prinzipien bedingten Zusammenhang der Erkenntnis beruht. Aber die Ordnung im Erkennen und Handeln wird nicht zu einer an sich ordnungslosen Materie durch die Vernunft des Subjekts allein hinzugetan; sie beruht auf der Aufnahme der objektiv vorhandenen Ordnung in unser Erkennen und Handeln. „Die logischen Normen fließen her aus der Beziehung unseres Wahrnehmens und Denkens auf die räumlich-zeitliche und kausale Ordnung der natürlichen und geistigen Erkenntnisobjekte, und die moralischen Normen aus der Beziehung unseres Wollens und Handelns auf die in den natürlichen und geistigen Zwecken liegende Wertordnung; wie sich die Apodiktizität im Erkennen zu der realen Notwendigkeit in den zu erkennenden natürlichen und geistigen Vorgängen verhält, so verhält sich die sittliche Ordnung zu der realen Wertordnung der natürlichen und geistigen Funktionen." So Überweg.

Einen weiteren Einwand möchte ich selbst anfügen. Kant selbst wird durch seinen Gedankenflug über die Unabhängigkeit des kategorischen Urgebots von dem Gegenstand des Wollens zu einem Ziel und Zweck geführt, nämlich zu seinen „Postulaten der reinen praktischen Vernunft", welche im Grunde auf einen Eudämonismus hinauslaufen, wie ihn das Menschenherz von Anfang erstrebt. Er spricht von Heiligkeit, welche erreicht sein würde, wenn das kategorische Urgebot allgemein durchgeführt wäre, und folgert die Unsterblichkeit der Seele daraus, daß unser Wille dem Sittengesetz sich nur ins Unendliche annähern könne — ein Eudämonismus, der sich doch nur durch die abstrakte Begriffsfassung von Seinesgleichen unterscheidet. Ein zweiter Einwand ist der: es ist eine unerfüllbare Forderung, die Kants Urgebot an den Einzelnen stellt, nämlich sich vor jeder Handlung in der Phantasie auszumalen, wie die Welt aussehen würde, wenn er so oder anders handelt.

Gleichwohl ist Kants Urgebot der erhabenste Gedanke, der je in einem Menschenhirn entsprungen, seine logische Durchführung die höchste und glänzendste Leistung auf dem Gebiete der Lebenslehre und Seelenkunde.

Es bleibt mir noch kurz zu bemerken, warum dieses Urgebot das kategorische heißt. Kategorie heißt soviel wie Abteilung, Art, Gattung, Gruppe. Kant suchte nachzuweisen, daß gewisse Arten von Denkformen uns unabhängig von jeder Erfahrung eigen, vor jeder Erfahrung in uns wirksam sind, Stammbegriffe, Urformen, Schemata des Denkens, in denen es sich ohne unser Zutun gesetzmäßig bewegt. Statt Art, Schema gebraucht er den Ausdruck Kategorie, der sich schon bei Aristoteles findet. Er glaubt nun nachgewiesen zu haben, daß es auch für das menschliche Handeln eine solche Urform gibt, eine von den schwankenden Einflüssen des Gefühls, von den Um- und Zuständen unabhängige, eben diesen Imperativ, und reiht ihn in jene Kategorie ein; daher seine Bezeichnung: kategorisch, also ein in die Kategorien der geistigen Urformen gehöriges Gesetz des Handelns. [1])

Schiller hat seinen Bedenken gegen den kate-

[1]) Eine Überbrückung der Erkenntniswelt und der Welt des Handelns glaube ich bei J. Pikler (Sinnesphysiologische Untersuchungen, S. 114; Leipzig 1917, J. A. Barth) zu finden: „Die Reize wirken beim Empfinden auf dieselbe Weise, wie die Gründe beim Handeln. Dem entspricht auch die Tatsache, daß wir manchmal das Bewußtsein haben, deutlicher empfinden zu sollen als wir empfinden, und stets das Bewußtsein haben, richtig empfinden, ein Seiendes in seiner objektiven, wirklichen Art erkennen zu sollen. . . ."

Bekanntmachung.

Die **Zwischenscheine** für die **5% Schuldverschreibungen** und **4½% Schatzanweisungen der VII. Kriegsanleihe** können vom

27. Mai d. Js. ab

in die endgültigen Stücke mit Zinsscheinen umgetauscht werden.

Der Umtausch findet bei der **„Umtauschstelle für die Kriegsanleihen", Berlin W 8, Behrenstraße 22,** statt. Außerdem übernehmen sämtliche Reichsbankanstalten mit Kasseneinrichtung bis zum **2. Dezember 1918** die kostenfreie Vermittlung des Umtausches. Nach diesem Zeitpunkt können die Zwischenscheine nur noch unmittelbar bei der „Umtauschstelle für die Kriegsanleihen" in Berlin umgetauscht werden.

Die Zwischenscheine sind mit Verzeichnissen, in die sie nach den Beträgen und innerhalb dieser nach der Nummernfolge geordnet einzutragen sind, während der Vormittagsdienststunden bei den genannten Stellen einzureichen. Für die 5% Reichsanleihe und für die 4½% Reichsschatzanweisungen sind besondere Nummernverzeichnisse auszufertigen; Formulare hierzu sind bei allen Reichsbankanstalten erhältlich.

Firmen und Kassen haben die von ihnen eingereichten Zwischenscheine rechts **oberhalb** der Stücknummer mit ihrem Firmenstempel zu versehen.

Von den Zwischenscheinen für die **I., III., IV., V. und VI. Kriegsanleihe** ist eine größere Anzahl noch immer nicht in die endgültigen Stücke mit den bereits seit 1. April 1915, 1. Oktober 1916, 2. Januar, 1. Juli, 1. Oktober 1917 und 2. Januar d. Js. fällig gewesenen Zinsscheinen umgetauscht worden. Die Inhaber werden aufgefordert, diese Zwischenscheine in ihrem eigenen Interesse möglichst bald bei der **„Umtauschstelle für die Kriegsanleihen", Berlin W 8, Behrenstraße 22,** zum Umtausch einzureichen.

Berlin, im Mai 1918.

Reichsbank-Direktorium.

Havenstein. v. Grimm.

gorischen Imperativ in folgenden Versen Ausdruck gegeben:

Gerne dien' ich den Freunden, doch tu' ich es leider mit Neigung,
Und so wurmt es mich oft, daß ich nicht tugendhaft bin.
Da ist kein anderer Rat, du mußt suchen sie zu verachten,
Und mit Abscheu alsdann tun, was die Pflicht dir gebeut.

Ludwig Ganghofer läßt in der Komödie „Die letzten Dinge" den Roten Teufel zu der Armen Seele sagen:

„. . . Was uns als Ding an sich gefällt,
Das hat in deiner niedern Welt
Doch meistens einen Nebenzweck . . ."

Kant als Kranker.

„Von der Macht des Gemüts, durch den bloßen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu sein" ist ein Schriftchen, das Kant kurz vor dem Tode geschrieben hat, die letzten Worte, die der große Denker zu uns gesprochen, ein Vermächtnis, das ich höher schätze als manches seiner Werke, denn statt abstrakter Weisheit und toten Wissens gibt er hier das lebendige Beispiel seiner Seelenkraft. Die Schrift ist von C. W. Hufeland herausgegeben und mit Anmerkungen versehen.

Der berühmte Irrenarzt Pinel hat uns berichtet, daß bei der allgemeinen leidenschaftlichen Aufregung, welche die französische Revolution hervorbrachte, eine Menge seit Jahren kränklicher und schwächlicher Menschen gesund und stark wurden und die gewöhnlichen Nervenübel der vornehmen und müßigen Stände ganz verschwanden; dies wird in der Schrift hervorgehoben. Ich habe im Jahre 1915 durch Umfrage zahlenmäßig festgestellt, daß in Deutschland bei der Zivilbevölkerung zu Ausbruch des Krieges eine Zunahme der geistigen Erkrankungen nicht stattgefunden hat (siehe Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 1915-16).

Die Schwäche, sich seinen krankhaften Gefühlen überhaupt, ohne ein bestimmtes Objekt, mutlos zu überlassen, ohne den Versuch zu machen, über sie durch die Vernunft Meister zu werden, diese Grillenhaftigkeit, Hypochondrie, die gar keinen bestimmten Sitz im Körper hat, ein Geschöpf der Einbildungskraft ist, sie ist, wie Kant bemerkt, das gerade Widerspiel jenes Vermögens des Gemüts, über seine krankhaften Gefühle Meister zu sein, nämlich Verzagtheit, über Übel, welche Menschen zustoßen könnten, zu brüten, ohne, wenn sie kämen, ihnen widerstehen zu können. Kant erzählt, daß er selbst wegen seiner flachen und engen Brust, die für die Bewegungen von Herz und Lungen wenig Spielraum ließ, eine natürliche Anlage zur Hypochondrie hatte, welche in seinen früheren Lebensjahren bis an Lebensüberdruß grenzte, daß er sich aber aus der

Überlegung, daß die Ursache dieser Herzbeklemmung vielleicht bloß mechanisch und nicht zu heben sei, gar nicht an sie kehrte, und während er sich in der Brust beklommen fühlte, im Kopf doch Ruhe und Heiterkeit herrschte.

Möchten sich doch gerade heute dies die vielen zum Vorbild nehmen, deren krankhaft schwächlichen Gefühle sie abhalten, dem Rad der Zeit kräftig in die Speichen greifen zu helfen, anstatt daß sie darüber nachdenken, wie sie sich schonen oder zu Rente oder Ruhegehalt kommen, welche die Mitmenschen für sie aufbringen.

Referate.

— **Über die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges.** Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XLI H. 6.

Infolge Abnahme des Alkoholismus während des Krieges ist es B. in den letzten zwei Semestern nicht mehr möglich gewesen, einen Alkoholdeliranten im klinischen Unterricht vorzustellen; auch die anderen Formen der Alkoholvergiftung haben wesentlich abgenommen. Das beweist das erhebliche Überwiegen der sozialen Bedingtheit des Alkoholismus gegenüber der Veranlagung. Dagegen zeigen die schizophrenen Erkrankungen die von äußeren Einflüssen unabhängige gleichmäßige und schicksalsmäßige Häufigkeit. B.

— **Die nasalen Reflexneurosen und ihre Behandlung.** Eine kurze kritische Studie. Von A. Blau. Schmidts Jahrbücher der ges. Med. 1915.

Die von Fließ und Schiff behauptete Regelmäßigkeit der angeblich während der Menstruation immer vorkommenden, normalen physiologischen Erscheinungen in der Nase werden mit Kuttner und Seiffert bestritten; sie sind nur Ausnahmen. Bemerkenswert ist noch, daß nach Koblanck und Röders Experimenten nach totaler Resektion einer unteren Muschel bei jungen Hunden und Kaninchen die Geschlechtsorgane embryonal und die Tiere sexuell indifferent blieben. Ferner, daß man im alten Rom den Sklaven beim Kauf Rosen zum Riechen gab, um zu erkennen, ob sie etwa an Epilepsie litten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. **Nr. 9/10. 1918/19.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 9/10. 8. Juni. **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Über die Abnahme der alkoholistischen Geistesstörungen in der Provinz Schlesien während des Krieges.

Nach einer im Auftrage des Herrn Landeshauptmanns von Schlesien verfaßten Denkschrift
von Sanitätsrat Dr. **Ziertmann,**
1. Oberarzt der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bunzlau.

Die während des Krieges erlassenen Bestimmungen über Erzeugung, Ausschank und Verkauf von Branntwein und über die Einschränkung der Bierbrauerei haben einen so erheblichen Rückgang im Verbrauch alkoholischer Getränke veranlaßt, daß er besonders beim Trinkbranntwein in seinen Wirkungen denen eines absoluten Verbotes gleichkommen dürfte. Es war von vornherein zu erwarten, daß die Verminderung und Erschwerung des Alkoholkonsums in einer Abnahme des Alkoholismus zum Ausdruck kommen müsse. Denn diese an sich selbstverständliche Folgerung entspricht lediglich den Ergebnissen der Alkoholforschung, die durch ein reichhaltiges Zahlenmaterial längst nachgewiesen hat, daß überall dort, wo ein vermehrter oder verminderter Alkoholverbrauch statthat, eine Steigerung oder ein Rückgang derjenigen Erscheinungen zu beobachten ist, für die man den Alkohol als wesentliche oder als Hilfsursache in Anspruch nimmt. Unter diesen stehen neben der Kriminalität die Geistesstörungen mit an erster Stelle. Nicht nur im allgemeinen ist ein solcher Zusammenhang nachweisbar, wie das Beispiel der nordischen Länder mit ihrem geringen Alkoholverbrauch auf den Kopf der Bevölkerung und das der Prohibitionsstaaten von Amerika zeigt, er hat sich wiederholt auch bei einzelnen bestimmten Anlässen, die zur Einschränkung des Alkoholkonsums führten, deutlich ergeben. So sei daran erinnert, daß im Anschluß an das Branntweinsteuergesetz von 1887, das nach Baer[1]) infolge Erhöhung der Konsumsteuer den Verbrauch des Trinkbranntweins um mindestens ein Drittel verminderte, gleichzeitig auch die Erscheinungen des Alkoholismus zurückgegangen sind. Wigert[2]) teilt mit, daß gelegentlich eines im Jahre 1909 bei einem Streik in Stockholm von der Behörde erlassenen Alkoholverbotes nach einer anfänglichen, vermutlich durch das Auftreten von Abstinenzdelirien verursachten Steigerung der Zahl der Deliranten, vier Wochen lang kein einziger Fall von Delirium tremens beobachtet wurde. Wahrnehmungen ganz ähnlicher Art hat Jeske[3]) in Breslau gemacht, wo es im Anschluß an die Reichsfinanzreform von 1909 aus politischen Gründen zu einem von der Sozialdemokratie energisch durchgeführten Schnapsboykott kam. Nach dem Boykott trat ein Sturz in der Frequenz der Alkoholisten, speziell der Deliranten ein, wie er seit 20 Jahren nicht beobachtet worden war. Die Ab-

---

[1]) Baer, Über die Trunksucht, ihre Folgen und ihre Bekämpfung. Die Deutsche Klinik, VI, 2.

[2]) Wigert, Die Frequenz des Del. trem. in Stockholm während des Alkoholverbots August-September 1909. Zeitschr. für die ges. Neur. und Psych. I. Bd.

[3]) Jeske, Die Abnahme der Frequenz des Del. trem. in Breslau im Gefolge der Branntweinbesteuerung von 1909. Inaug.-Diss. Berlin, 1911.

nahme betrug bei den Deliranten 50 v. H., bei den übrigen Alkoholisten 28,5 v. H. Der Zeitpunkt des Eintritts dieses Rückganges läßt es nach Jeske nicht zweifelhaft erscheinen, daß Schnapsboykott und Branntweinsteuergesetzgebung dabei von ausschlaggebender Bedeutung gewesen sind.

So lehrreich diese und ähnliche Beobachtungen an sich sind, sie werden doch an Wichtigkeit und Beweiskraft durch die Erfahrungen der letzten Kriegsjahre bei weitem übertroffen. Denn die jetzt schon bald drei Jahre, also während eines verhältnismäßig sehr langen Zeitraums bestehenden und sich über das ganze Gebiet des Deutschen Reiches gleichmäßig erstreckenden einschränkenden Bestimmungen über den Verkehr mit alkoholischen Getränken müssen sich naturgemäß wegen der durch die Kriegsverhältnisse bedingten Schärfe ihrer Durchführung wesentlich wirkungsvoller äußern als ein vom guten Willen des Einzelnen abhängiger Boykott oder eine durch Steuererhöhung verursachte Verteuerung der alkoholischen Getränke. Es kommt hinzu, daß der Schnaps, dessen besonders unheilvolle Rolle bei der Entstehung alkoholischer Geisteskrankheiten ja unbestritten ist, durch die Kriegsbestimmungen hauptsächlich und in erster Linie betroffen wird. Die bisher erschienenen Veröffentlichungen lassen denn auch die Wirkungen dieser Bestimmungen deutlich erkennen. Ich erwähne die Mitteilung von Bonhoeffer,[4]) der eine Abnahme der alkoholistischen Erkrankungen auf der Männerseite der psychiatrischen Klinik der Charité in Berlin von 12,3 v. H. der Aufnahmen im Jahre 1913 auf 3,3 v. H. im Jahre 1916 und des Delirium tremens von 27 v. H. aller alkoholistischen psychischen Störungen auf 9 v. H. feststellte, ferner die Arbeit von Weichbrodt,[5]) der für Frankfurt a. M. über einen Rückgang der männlichen Alkoholisten von 53,7 v. H. der Aufnahmen im Jahre 1913 auf 7,3 v. H. in der ersten Hälfte des Jahres 1917 berichtet. Zu ähnlichen Ergebnissen führten die Erhebungen, die Peretti[6]) für Grafenberg und die übrigen rheinischen Anstalten angestellt hat.

Auf Veranlassung des Herrn Landeshauptmanns haben in den letzten Monaten auch für die Provinz Schlesien, in deren Industriebezirken bis zum Kriege der Alkohol- und besonders der Branntweinmißbrauch sehr verbreitet gewesen ist und für die deshalb ein großes praktisches Interesse an dieser Frage besteht, statistische Untersuchungen über die Abnahme der alkoholischen Geistesstörungen während des Krieges stattgefunden, die sich zunächst auf die zehn Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten erstreckten. Da ferner auch Herr Prof. Dr. Bumke für die psychiatrische Klinik, Herr Sanitätsrat Dr. Hahn für die städtische Heilanstalt in Breslau und die Leiter einiger Privatanstalten die entsprechenden Zahlen zur Verfügung stellten, ebenso die Sanitätsämter des V. und VI. Armeekorps für die Reservelazarette und die Herren Regierungspräsidenten von Breslau, Liegnitz und Oppeln für die allgemeinen Krankenhäuser ihrer Bezirke, so war es durch das dankenswerte Entgegenkommen aller Instanzen möglich, ein nahezu vollständiges Bild der in Betracht kommenden Verhältnisse für die ganze Provinz Schlesien zu geben. Das Ergebnis ist in den beigefügten Tabellen übersichtlich zusammengestellt, und zwar einheitlich in der Weise, daß die Zahl der alkoholistischen Aufnahmen in einem Jahre vor dem Kriege (Kalenderjahr 1913) verglichen worden ist mit der Zahl dieser Aufnahmen in einem Kriegsjahre (Kalenderjahr 1917). Außer den akuten Fällen (Delirium tremens und Halluzinose), die im wesentlichen wohl den Index für den Stand des Alkoholismus abgeben, sind in die Statistik auch die Alkoholepileptiker und unter der Bezeichnung „andere Formen" die chronischen Alkoholpsychosen einschließlich der chronischen Alkoholdegeneration aufgenommen worden, weil sie wegen der Notwendigkeit oft langdauernder Anstaltspflege praktisch von besonderer Wichtigkeit sind. Nur bei den allgemeinen Krankenhäusern beschränkt sich die Statistik auf die akuten Fälle. Der pathologische Rausch ist außer Betracht geblieben, da er lediglich eine auch bei Nichtalkoholikern vorkommende Reaktionsform darstellt. Angaben hierüber liegen nur aus der städtischen Heilanstalt in Breslau vor, woselbst im Jahre 1913 105 Fälle (96 M., 9 Fr.) von pathologischem und einfachem Rausch aufgenommen worden sind, 1917 nur 12 Fälle (11 M., 1 Fr.). Entsprechend den Beobachtungen von Bonhoeffer,[7]) der von einer relativen Zunahme der akuten, speziell der pathologischen Alkoholreaktionen berichtet, bedeuten diese Zahlen trotz des erheblichen absoluten Rückgangs ebenfalls ein relatives Anwachsen der Rauschzustände von 33,9 auf

[4]) Bonhoeffer, Über die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges. Monatsschrift für Psych. und Neurol. 41, 6.

[5]) Weichbrodt, Über die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. 42, 4.

[6]) Peretti, Über den Rückgang der Alkoholisten-aufnahmen in den Anstalten seit dem Kriegsbeginn. Berl. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 9.

[7]) l. c.

Tabelle 1.

Provinzial-Heil- und Pfleganstalten.

	1913		1917	
	M.	Fr.	M.	Fr.
Jahresaufnahme	1099	959	815	669
Delirium	8	0	1	0
Halluzinose	18	1	2	0
Alk.-Epilepsie	14	0	4	0
andere Formen	67	6	16	3
zusammen:	107	7	23	3
Prozentsatz der Alkoholisten unter den Aufgenommenen	9,73	0,73	2,82	0,44
Prozentsatz der Deliranten unter den Aufgenommenen	0,7	0	0,12	0

Tabelle 2.

Psychiatrische Klinik Breslau.

	1913		1917			
				davon		
	M.	Fr.	M.	Ziv.	Mil.	Fr.
Jahresaufnahme	757	333	1110	235	875	127
Delirium	22	3	3	2	1	0
Halluzinose	5	2	2	1	1	0
Alk.-Epilepsie	27	2	2	0	2	0
andere Formen	46	2	12	3	9	0
zusammen:	100	9	19	6	13	0
Prozentsatz der Alkoholisten unter d. Aufgenommenen	13,21	2,7	1,72	2,55	1,48	0
Prozentsatz der Deliranten unter den Aufgenommenen	2,9	0,9	0,27	0,8	0,11	0

42,8 v. H. innerhalb der wegen Alkoholismus Aufgenommenen (vgl. die folgende Tabelle 3).

Die Tabellen 1 bis 3 enthalten die Zahlen für die zehn Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten, die psychiatrische Klinik und die städtische Heilanstalt in Breslau. Bei letzteren beiden Anstalten, die während des Krieges auch zur Aufnahme von Militärpersonen bestimmt sind, sind diese den Zivilfällen hinzugerechnet worden; aus einer besonderen Spalte ist aber zu ersehen, wie sich die Gesamtzahl aus Zivil- und Militärfällen zusammensetzt.

Tabelle 3.

Städtische Heilanstalt Breslau.

	1913		1917			
				davon		
	M.	Fr.	M.	Ziv.	Mil.	Fr.
Jahresaufnahme	595	364	485	234	251	215
Delirium	75	4	0	0	0	0
Halluzinose	9	2	2	2	0	0
Alk.-Epilepsie	16	0	1	1	0	0
andere Formen	83	15	11	6	5	2
zusammen:	183	21	14	9	5	2
Prozentsatz der Alkoholisten unter d. Aufgenommenen	30,75	5,77	2,88	3,84	1,99	0,93
Prozentsatz der Deliranten unter den Aufgenommenen	12,6	1,09	0	0	0	0

Tabelle 4.

Provinzial-Heil- und Pfleganstalten, psychiatrische Klinik und städtische Heilanstalt Breslau.

	1913		1917			
				davon		
	M.	Fr.	M.	Ziv.	Mil.	Fr.
Jahresaufnahme	2451	1656	2410	1284	1126	1011
Delirium	105	7	4	3	1	0
Halluzinose	32	5	6	5	1	0
Alk.-Epilepsie	57	2	7	5	2	0
andere Formen	196	23	39	25	14	5
zusammen:	390	37	56	38	18	5
Prozentsatz der Alkoholisten unt. d. Aufgenommenen	15,8	2,2	2,3	2,9	1,6	0,49
Prozentsatz d. Deliranten unter d. Aufgenommenen	4,2	0,4	0,16	0,23	0,08	0

Im einzelnen ergibt sich, daß bei den Provinzialanstalten im Jahre 1913 9,73 v. H. aller männlichen Aufnahmen Alkoholiker waren, im Jahre 1917 nur noch 2,82 v. H. Das bedeutet einen Rückgang der männlichen Alkoholiker um 79 v. H. (der Deliranten sogar um 87,5 v. H.). Allerdings haben sich, hauptsächlich wohl deshalb, weil ein großer Teil der männlichen Bevölkerung eingezogen ist, die männlichen Aufnahmen überhaupt ebenfalls vermindert, und zwar um 26 v. H.; aber es bleibt, selbst wenn man diesen Anteil in Abzug

bringt, immer noch ein sehr erheblicher Rückgang der Alkoholaufnahmen übrig, der durch Abwesenheit eines Teils der Männer im Felde nicht erklärt wird. Wie wenig dieser Umstand bei der Abnahme des Alkoholismus mitspricht, zeigen die Zahlen der Klinik in Tabelle 2. Hier haben die männlichen Aufnahmen einschließlich der Militärfälle um 46,8 v. H. zugenommen. Trotzdem steht dieser Zunahme fast um die Hälfte eine Abnahme der männlichen Alkoholiker um 81 v. H. gegenüber.

In Tabelle 3 ist der Rückgang der männlichen Alkoholisten von 30,75 v. H. auf 2,88 v. H. der Aufgenommenen bemerkenswert, was einer Verminderung um 92,3 v. H. entspricht, bei einem Rückgang der männlichen Aufnahmen um 18,4 v. H. Die männlichen Deliranten haben sich in der Klinik um 86,3 v. H., in der städtischen Anstalt um 100 v. H. vermindert; in letztere Anstalt, die noch im Jahre 1913 75 männliche Deliranten aufgenommen hat, ist also 1917 nicht ein einziger Fall von Delirium tremens zur Aufnahme gelangt. Es ist das eine Tatsache, die nicht hoch genug bewertet werden kann, besonders wenn man berücksichtigt, daß der Anstalt die Aufnahmen fast ausschließlich aus einer Großstadtbevölkerung mit in Friedenszeiten teilweise sehr starkem Alkoholkonsum zufließen. Besonderes Interesse verdient Tabelle 4, welche die Summe der Zahlen von Tabelle 1 bis 3, also die sämtlicher zwölf öffentlichen Irrenanstalten der Provinz enthält. Danach sind die männlichen Alkoholisten im Durchschnitt aller zwölf Anstalten um 85,6 v. H. gesunken, die männlichen Aufnahmen einschließlich der Militärfälle aber nur um 1,67 v. H. Was die einzelnen Krankheitsformen anlangt, so haben sich die Deliranten am stärksten vermindert, um 96,1 v. H., an zweiter Stelle folgen die Alkoholepileptiker mit 87,7 v. H., dann die Fälle von Halluzinose mit 81,2 v. H. und die chronischen Formen mit 80,1 v. H. Der Rückgang verteilt sich auf die ganze Provinz annähernd gleichmäßig, er ist in den oberschlesischen Industriebezirken verhältnismäßig kaum stärker wie in Mittel- und Niederschlesien.

Auffallend gering ist der Alkoholismus unter den aufgenommenen Militärpersonen vertreten. Auf 1126 Fälle kommen nur 18 Alkoholisten gleich 1,59 v. H., auf 1284 Männer aus der Zivilbevölkerung 38 gleich 2,9 v. H. Demgegenüber sei auf die Statistik von Baller[8]) hingewiesen, der unter seinem Material 14,3 v. H. Alkoholisten fand und ein nicht unerhebliches Anwachsen des Alkoholismus im Heere feststellt. Da er aber pathologische Rausch- und dipsomanische Zustände in seine Fälle mit einrechnet, lassen sich beide Statistiken nicht ohne weiteres vergleichen. Auch mag der Umstand, daß nur der geringere Teil seiner Fälle im Felde gewesen war, der Hauptanteil des Alkoholismus im Heere nach seinen Ermittlungen aber auf die nicht im Felde befindlichen Soldaten entfällt, bei dem Unterschied der Zahlen eine Rolle spielen. Bezüglich meines Materials liegen mir Angaben nach dieser Richtung hin nicht vor, es bietet aber zunächst jedenfalls keine Bestätigung seiner Ansicht.

Bei den Frauen ist ebenfalls eine Abnahme des Alkoholismus, und zwar um 85,7 v. H., nachweisbar (Tabelle 4). In sämtliche öffentliche Anstalten der Provinz ist 1917 kein Fall von Delirium, Halluzinose oder Alkoholepilepsie aufgenommen worden, die Zahl der chronischen Fälle ist um 78,2 v. H. gefallen. Während aber die Zahl der männlichen Aufnahmen einschl. der Militärfälle nur ganz unerheblich gesunken ist, haben wir bei den Frauen eine auffallende Abnahme der Zugänge zu verzeichnen, der im Durchschnitt aller zwölf Anstalten 39 v. H. beträgt. Demgemäß muß ein entsprechender Teil des Rückgangs der alkoholistischen Aufnahmen auf diesen Ausfall bei den Aufnahmen überhaupt bezogen werden. Der starke Rückgang der weiblichen Aufnahmen in der Klinik um 61,8 v. H. erklärt sich ohne weiteres dadurch, daß diese Anstalt der Kriegsverhältnisse wegen die Zahl der Plätze für weibliche Kranke erheblich einschränken mußte. Man hätte also eigentlich erwarten müssen, daß der städtischen Heilanstalt und den Provinzialanstalten entsprechend mehr weibliche Aufnahmen zugehen würden. Aber auch bei der städtischen Heilanstalt beträgt der Rückgang der weiblichen Aufnahmen 40,9 v. H., bei den Provinzialanstalten 31 v. H. (41,7 v. H. bei den oberschlesischen, 19,5 v. H. bei den mittelschlesischen und 24,05 v. H. bei den niederschlesischen Anstalten), so daß sich die interessante Tatsache herausstellt, daß die weiblichen Aufnahmen in der Provinz Schlesien um mehr als ein Drittel, von 1656 auf 1011, seit dem Jahre 1913 zurückgegangen sind. Welche Umstände hierbei hauptsächlich mitgewirkt haben, ob weniger Frauen erkranken oder infolge der Kriegsverhältnisse nur weniger der Anstaltspflege überwiesen werden, ist schwer zu entscheiden. Sicher ist, daß eine Anzahl als Krankheitsursachen in Betracht kommender Momente, die in Friedenszeiten wirksam waren, jetzt fortfällt. Bessere Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten, Abwesenheit der Männer im Felde und, durch beides

---

[8]) Baller, Krieg und krankhafte Geisteszustände im Heere. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 73, 1.

bedingt, ein in mancher Hinsicht sorgenfreieres und weniger aufreibendes Leben kämen hier beispielsweise in Betracht, überhaupt im wesentlichen wohl auf sozialem Gebiet liegende Gründe. Auch daß in zahlreichen Fällen, wie der Geburtenrückgang lehrt, der Einfluß der Generationsvorgänge jetzt ausgeschaltet ist, dürfte die Erkrankungsziffer beeinflußt haben. Jedenfalls wäre es von großem Interesse, den Ursachen dieser auffallenden Abnahme des näheren nachzugehen und festzustellen, ob auch anderwärts gleiche Verhältnisse vorliegen.

Die von zwei Privatanstalten gemachten Angaben lassen trotz der geringen Zahl der Fälle ebenfalls einen Rückgang der Alkoholikeraufnahmen erkennen, und zwar von 7 Fällen im Jahre 1913 auf einen Fall im Jahre 1917.

Tabelle 5.

1917	V. A.-K. Lüben	VI. A.-K. sechs Res.-Lazarette	Sa.
Jahresaufnahme . .	408	?	?
Delirium	0	2	2
Halluzinose	2	5	7
Alk.-Epilepsie	1	1	2
andere Formen . . .	11	5	16
zusammen:	14	13	27

Tabelle 5 enthält die Zahlen der schlesischen Reservelazarette (Nervenstationen) des V. und VI. Armeekorps. Im Res.-Lazarett Lüben sind 3,43 v. H. aller aufgenommenen geisteskranken Militärpersonen Alkoholiker gewesen, also doppelt soviel als der durchschnittliche Prozentsatz bei den Militärfällen nach Tabelle 4, im ganzen aber doch nur eine geringe Zahl. Auch bei den übrigen Reservelazaretten ist die Zahl der alkoholistischen Aufnahmen gering; zwei haben überhaupt keine Alkoholiker aufgenommen. Von einem Reservelazarett wird außerdem ausdrücklich hervorgehoben, daß der Mangel an geistigen Getränken außerordentlich günstig auf das Wohlbefinden der Mannschaften, ihre Arbeitsfähigkeit und die Disziplin gewirkt habe.

In Tabelle 6 sind die in den allgemeinen Krankenhäusern der drei Regierungsbezirke der Provinz aufgenommenen Fälle von Delirium und akuter Halluzinose aufgeführt. Ein Teil dieser Fälle, im ganzen in beiden Vergleichsjahren 124, die aber nach ihrer Verteilung auf die Krankheitsformen und Geschlechter nicht sicher feststehen, ist den öffentlichen Irrenanstalten zur Weiterbehandlung überwiesen worden, also bereits in den Tabellen 1 bis 4 enthalten, so daß eine Gesamtaufrechnung der

Tabelle 6.
Allgemeine Krankenhäuser.

1913	Reg.-Bz. Liegnitz M.	Reg.-Bz. Liegnitz Fr.	Reg.-Bz. Breslau M.	Reg.-Bz. Breslau Fr.	Reg.-Bz. Oppeln M.	Reg.-Bz. Oppeln Fr.	zusammen M.	zusammen Fr.
Delirium . . .	115	5	113	8	144	6	372	19
Halluzinose . .	67	3	88	24	68	8	223	35
zusammen:	182	8	201	32	212	14	595	54

1917	Reg.-Bz. Liegnitz M.	Reg.-Bz. Liegnitz Fr.	Reg.-Bz. Breslau M.	Reg.-Bz. Breslau Fr.	Reg.-Bz. Oppeln M.	Reg.-Bz. Oppeln Fr.	zusammen M.	zusammen Fr.
Delirium . . .	10	2	10	0	14	0	34	2
Halluzinose . .	6	2	13	1	3	1	22	4
zusammen:	16	4	23	1	17	1	56	6

Fälle nicht angängig ist. Immerhin läßt auch diese Tabelle den außerordentlichen Rückgang der Aufnahmen an akuten alkoholistischen Geistesstörungen erkennen und ist außerdem wegen der absoluten Größe der Zahlen ganz besonders instruktiv. Die männlichen Deliranten haben sich um 90,8 v. H., die weiblichen um 89,5 v. H., die Fälle von Halluzinose bei den Männern um 90,1 v. H., bei den Frauen um 88,5 v. H. vermindert, und zwar ziemlich gleichmäßig in allen drei Regierungsbezirken.

Fasse ich das Ergebnis der Statistik zusammen, so hat sich in allen öffentlichen Irrenanstalten und in den allgemeinen Krankenhäusern Schlesiens ein außerordentlich starkes Absinken der Aufnahmen an Alkoholismus nachweisen lassen. Die wichtigsten Zahlen sind der Rückgang der männlichen Alkoholiker in den 12 öffentlichen Anstalten um 85,6 v. H., der männlichen Deliranten um 96,1 v. H. und der chronischen Alkoholpsychosen um 80,1 v. H., ferner der Rückgang der männlichen Aufnahmen an akuten Alkoholfällen in den allge-

meinen Krankenhäusern um 90,5 v. H. Auch bei den Frauen ist der Rückgang verhältnismäßig nicht weniger erheblich, er ist aber praktisch von geringerer Bedeutung als bei den Männern. Im ganzen ergibt sich eine derartige Abnahme der alkoholistischen Geistesstörungen, daß diese vor dem Kriege so häufigen Krankheitsformen aus den Irrenanstalten fast verschwunden sind oder doch nur einen kaum noch merklichen Bruchteil unter den Aufnahmen darstellen. Ursache des Rückganges ist die durch den Krieg bedingte Ausschaltung oder Erschwerung des Alkoholkonsums.

Angesichts eines so überaus günstigen Ergebnisses der Statistik liegt es nahe, die Frage zu erörtern, welche Bedeutung dieser im Hinblick auf die allgemeine Volksgesundheit so erfreulichen Begleit- und Folgeerscheinung des Krieges in praktischer, vor allem in finanzieller Hinsicht zukommt. Denn es ist ja selbstverständlich, daß für diejenigen Stellen, denen die Fürsorge für die Geisteskranken obliegt, dieser Punkt von besonderer Wichtigkeit ist. Wenn man bedenkt, daß nach den amtlichen Ermittlungen [9]) allein in den Irrenanstalten Preußens

Graphische Darstellung des Rückgangs der Aufnahmen bei den männlichen Alkoholikern.

a = Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten; b = psychiatrische Klinik; c = städtische Heilanstalt; d = a—c im Durchschnitt.

Die Zahlen über den Kolumnen geben an, um wieviel Prozent sich die einzelnen Krankheitsformen vermindert haben.

[9]) Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin 53, 1.

am 1. Januar 1913 rund 95 000 Geisteskranke untergebracht waren und nach den Angaben in der Literatur (Kräpelin,[10]) E. Meyer,[11]) Hoppe[12]) u. a.) vor dem Kriege 10 bis 30 v. H. aller in den Anstalten untergebrachten Kranken Alkoholisten gewesen oder durch Alkoholmißbrauch in die Anstalt gekommen sind, so lassen schon diese Zahlen einen Schluß zu auf die erheblichen Summen, die aus öffentlichen Mitteln lediglich für die Unterbringung der Alkoholkranken in Irrenanstalten bisher Jahr für Jahr aufgewendet werden mußten. Nach den Voranschlägen für das Rechnungsjahr 1913 hat die Provinzialverwaltung von Schlesien für 8078 in ihren Heil- und Pflegeanstalten untergebrachte Geisteskranke rund 4 454 000 M aufbringen müssen. Selbst wenn man, um sicher nicht zu hoch zu greifen, annimmt, daß nur 5 v. H. dieser Ausgaben, also rund 225 000 M auf Alkoholkranke entfallen, und wenn es gelänge, den Bestand dieser Kranken um die Hälfte zu vermindern, so würde sich daraus immerhin für die Provinzialverwaltung eine jährliche Ersparnis von etwa 112 000 M ergeben. Daß eine derartige Herabsetzung des Bestandes durch entsprechende Maßnahmen nach dem Kriege in kurzer Zeit zu erreichen wäre, kann nach den Zahlen unserer Statistik nicht zweifelhaft sein. Um ferner einen Anhaltspunkt dafür zu gewinnen, welche Ersparnisse an Verpflegungskosten der tatsächlich während des Krieges eingetretene Rückgang der Aufnahmen von Alkoholikern bedeutet, habe ich bei den im Jahre 1913 in die zehn schlesischen Provinzialanstalten aufgenommenen 114 Alkoholisten (Tabelle 1), von denen sich Ende 1917 noch 14 in Anstaltspflege befanden, die Aufenthaltsdauer ermittelt und auf diese Weise annähernd berechnet, daß sie bis dahin der Provinz bereits rund 108 000 M gekostet haben, oder ein Kranker im Durchschnitt 950 M. Da im Jahre 1917 88 Alkoholiker weniger aufgenommen worden sind als 1913, sind dadurch, die gleiche durchschnittliche Aufenthaltsdauer vorausgesetzt, 83 617 M an Verpflegungskosten erspart worden. Einer zweiten Berechnung habe ich nur solche Fälle zugrunde gelegt, bei denen die Dauer des Anstaltsaufenthaltes bereits endgültig feststand. Es handelt sich im ganzen um 118 an alkoholistischen Geistestörungen leidende oder im Sinne der amtlichen Statistik als „einfache Seelenstörung" mit „P" bezeichnete Fälle, die im Jahre 1913 oder seitdem aus schlesischen Provinzialanstalten entlassen oder daselbst gestorben sind. Darunter befanden sich ebenso Kranke, die nur wenige Wochen bis Monate, wie solche, die viele (bis 25) Jahre lang in den Anstalten behandelt worden waren. Die durchschnittliche Dauer des Aufenthaltes jedes dieser 118 Kranken betrug 16,7 Monate, die durchschnittliche Höhe der von einem Kranken verursachten Kosten bei einem monatlichen Verpflegungssatz von 54 M 901,80 M. Hiernach würden sich die Kosten, die dadurch erspart worden sind, daß im Jahre 1917 88 Alkoholkranke weniger aufgenommen wurden als 1913, auf 79 538,40 M belaufen. Die Tatsache, daß die Zahl der Aufnahmen von Alkoholisten im Jahre 1917 auf 26 zurückgegangen ist, bedeutet mithin für die Provinzialverwaltung eine Ersparnis von rund 80 000 Mark.

Man gelangt also zu Summen von ganz beträchtlicher Höhe. Dabei stützt sich die Berechnung nur auf das Material der Provinzialanstalten und läßt die weit zahlreicheren breslauer Fälle und den Rückgang der Alkoholaufnahmen in den allgemeinen Krankenhäusern, da mir dafür die erforderlichen Unterlagen fehlen, ganz außer Betracht. Nach der Höhe der errechneten Zahlen, die sicher nur Minimalzahlen darstellen, kann man aber ermessen, welche großen Summen im ganzen Deutschen Reiche durch den Rückgang der alkoholischen Geistesstörungen allein bei den Verpflegungskosten erspart werden könnten. Peretti[13]) beziffert die Summe, die der Anstaltsaufenthalt der geisteskranken Trinker in ganz Deutschland jährlich verschlingt, auf über 2,5 Millionen und glaubt, daß dieser Betrag nach den während des Krieges gemachten Erfahrungen sich bis auf ein Drittel, wenn nicht mehr vermindert habe. Nach meinen Ermittlungen halte ich es für sehr wahrscheinlich, daß seine Schätzung hinter der Wirklichkeit noch wesentlich zurückbleibt.

(Schluß folgt.)

---

[10]) Kräpelin, Lehrbuch der Psychiatrie, 8. Aufl.

[11]) E. Meyer, Die Ursachen der Geisteskrankheiten.

[12]) Hoppe, Die Tatsachen über den Alkohol. 4. Aufl. 1912.

[13]) l. c.

Mitteilungen.

— Zu **Hofrat Prof. Dr. Heinrich Obersteiners**, des berühmten Wiener Neurologen und Psychiaters, **70. Geburtstag** brachte die Wien. med. Wochenschr. 67. Jahrg. die Nr. 46 als Neurologen-Festnummer heraus mit einem Aufsatz über Obersteiners Verdienst und mit einem Porträt des Jubilars und mit wissenschaftlichen Aufsätzen seiner Freunde und Schüler. In jenem heißt es: „Man kann wohl sagen, daß alle jene, uns heute als feindlich gegenüberstehenden Länder in Obersteiner ihren Lehrer der theoretischen Neurologie sehen, wenn nicht ausschließlich, so doch zum großen Teile. Man braucht nur die 22 Bände der Arbeiten des Wiener neurologischen Instituts, die unter seiner Leitung herausgegeben werden, durchzublättern, und man wird dort neben den führenden Neurologen Japans, Russen, Italiener, Amerikaner und auch Engländer finden, und sein Lehrbuch, das in deutscher Sprache fünf Auflagen erlebte, wurde zweimal ins Russische, zweimal ins Englische, je einmal ins Französische und Italienische übersetzt." 1882 errichtete Obersteiner jenes sein Institut, in dem er eine Anzahl von Schülern heranbildete und eine große Sammlung makro- und mikroskopischer Präparate anlegte, eine reiche und wahre Fundgrube für wissenschaftliches Arbeiten. Er überwies ihm auch seine heute wohl einzig dastehende Fachbibliothek von 40 000 Bänden und ein Kapital von einer halben Million Kronen. Das Institut wurde von der internationalen Assoziation der Akademien der Wissenschaften als Forschungsinstitut aufgenommen.

Den Glückwünschen seiner Kollegen, Freunde und Patienten schließen wir uns aufs herzlichste an.

Die Festnummer enthält folgende wertvollen Beiträge:

Fuchs, E., Über Ophthalmologia interna.

Edinger, L., Ammonshorn und Epilepsie (Risse in den Tentorien bei der Geburt, dadurch Sklerose, Zirkulationsstörung).

Erben, S., Klinische Untersuchungen über die spastischen Phänomene.

Pilcz, A., Noch einmal: Krieg und progressive Paralyse (kein Einfluß auf durchschnittliches Intervall zwischen Paralyseausbruch und Primäraffekt und auf durchschnittliche Krankheitsdauer, also keine Kriegsparalyse, keine Versorgungsansprüche. Paralyticus nasciter atque fit (Obersteiner); neben Syphilis ist Veranlagung zur Entstehung Vorbedingung.)

Raimann, E., Sinnestäuschungen als Komplikation und ihre gerichtspsychiatrische Bedeutung.

Schlesinger, H., Zur Klinik und Therapie der Wirbeltumoren und anderer extramedullarer Geschwülste.

Schüller, A., Hypertrichosis bei Ischiadikusläsionen.

Stransky, E., Manisch-depressive Symptome im Material der nervenärztlichen Privatsprechstunde (ein Sechstel der Fälle, bei Ausscheidung der organischen Psychosen und Psychosen im engeren Sinne ein Drittel).

Zappert, J., Indikationen von seiten des kindlichen Nervensystems zur operativen Entfernung der Rachenmandeln.

Bauer, J., Über Rückenmarkerschütterung.

Bauer-Jokl, M., Über morphologische Senilismen am Zentralnervensystem.

Blach, P., Beiträge zum Wesen der sogen. Kriegsneurosen.

Hatschek, R., Bauchmuskeltik.

Hutles, E., Indikationen zur operativen Behandlung der Kopfschüsse.

Loewy, P., Atypisch verlaufender Fall von Poliomyelitis acuta anterior nach Verwundung bei einem Erwachsenen.

Neurath, R., Kalkentziehung und Nervenübererregbarkeit. Kalkverarmung des Blutes spielt die Hauptrolle. B.

— **Ein städtisches Sanatorium für den Mittelstand.** Im Jahre 1902-03 errichtete ich eine Privatklinik für Nerven- und Gemütskranke, welche sich so rasch entwickelte, daß mehrfache Neubauten nötig wurden. Mit dem letzten 1912 errichteten Neubau umfaßte die Klinik ein großes Hauptgebäude mit einem Mittel- und Seitenbau, in welchem neben großen Gesellschaftsräumen und Einzelzimmern die therapeutischen Anlagen untergebracht waren. Ferner: drei Villen und ein Krankenpavillon für psychisch Kranke mit eigenen Gartenanlagen, endlich Maschinenhaus mit Dampfwäscherei, eine Ökonomie mit Stallung für Kühe, Schweine, Pferde; Obstgarten und Gemüseanlagen. In dem 50 Morgen großen Park befinden sich Lufthütten, Tennisplatz, Kegelbahn, eine Sägehalle, Luft- und Sonnenbäder. Seit vielen Jahren hatte ich den Wunsch in ähnlicher Weise vorzugehen, wie dies Dr. von Hoeßlin mit seiner Anstalt Neu-Wittelsbach in München machte, nämlich die Klinik Hohemark dem breiten Mittelstande nutzbar zu machen und auf diese Weise diese Schöpfung in den Dienst der Allgemeinheit zu stellen. Die Fürsorge für Nervenkranke bedeutet eine der größten und wichtigsten Aufgaben unserer Zeit. Sie wird mit dem Kriegsende erhöhte Bedeutung gewinnen. Den Angehörigen der reichen Stände stehen viele vorzüglich eingerichtete Sanatorien zur Verfügung. Für die Arbeiterklasse ist durch die soziale Gesetzgebung gesorgt. Der Mittelstand war von jeher diesbezüglich am wenigsten bedacht. Die Schwierigkeiten für ihn sind durch den Krieg außerordentlich gewachsen. Mit dem Erwerb der Klinik Hohemark durch die Stadt Frankfurt ist ein Anfang gemacht, von dem zu hoffen wäre, daß er in allen größeren Städten Nachahmung findet. Die Kriegserfahrungen haben (was wir Nervenärzte schon aus der Friedenszeit wußten) an einem ungeheuren Material den Nachweis erbracht: daß die sogenannten funktionellen Nervenkrankheiten, die psychogenen und hysterischen Störungen, Lähmungen, Verlust der Sprache und des Gehörs, Schlafstörungen durch entsprechende Behandlung heilbar sind. Der Satz, jede (dieser) Neurosen ist heilbar und muß geheilt werden, kann

als ein Grundsatz aufgestellt werden, nach welchem jetzt und nach dem Kriege behandelt werden muß. Solche Mittelstands-Sanatorien werden, wenn sie unter der Leitung erfahrener Spezialärzte, besonders auch solcher stehen, welche im Felde gewesen sind, ungeheuren Segen stiften und Kranke ihrer Familie und ihrem Beruf wiedergeben, die, wenn sie ungeheilt bleiben, nicht nur sich selbst eine Last sind, sondern auch eine schwere Belastung des Staates, also der Allgemeinheit, darstellen. Prof. Dr. Friedländer.

— **Über die Frankfurter Kuranstalt „Hohemark"** schreibt Geh. Medizinalrat v. Noorden in der Frankfurter Zeitung:

Vor wenigen Wochen konnte ich an dieser Stelle den Erwerb des Bades Sodental durch die Stadt Frankfurt begrüßen. Am 12. März kamen durch Beschluß der Stadtverordneten die Verhandlungen über den Erwerb der Kuranstalt „Hohemark" zum Abschluß. In anderthalb Jahrzehnten hat ihr Begründer und bisheriger Besitzer diese Anstalt zu einer der beliebtesten und vortrefflichsten Heilanstalten für Nervenkranke in Deutschland entwickelt. Nachdem er sich entschlossen, seine Arbeitskraft in Zukunft vorwiegend wissenschaftlicher Tätigkeit zu widmen, bot er die schöne, geräumige Anstalt mit ihrem über 40 Morgen großen Gelände der Stadt Frankfurt zum Kaufe an. Unter der Bedingung, daß sie ein Mittelstand-Sanatorium werde, dessen Gründung er selbst in seiner Praxis immer aufs neue als zwingendes Bedürfnis erkannt hatte, kam er, andere weit vorteilhaftere Angebote beiseite schiebend, und im Bewußtsein, ein dem Gemeinwohl förderliches Unternehmen zu begründen, den städtischen Behörden so weit entgegen, daß

die Stadt zu überaus günstigen Bedingungen das herrliche Anwesen übernehmen konnte. Es gebührt Herrn Prof. Friedländer dafür der Dank eines jeden, der für gemeinnützige Taten Verständnis hat.

Ein Sanatorium für den Mittelstand. Es gibt davon nur eine bescheidene Auswahl, und von ihnen erfüllen die wenigsten berechtigte Ansprüche. Den Berechnungen ist ein mittlerer Tagespreis von 10 M zugrunde gelegt: 8 M soll die untere Grenze sein. Das ist weniger, als die Kosten für Verpflegung und Behandlung in der II. Klasse der städtischen Krankenanstalten betragen. Denn hier kommen zu den Verpflegungskosten noch die ärztlichen Honorare hinzu, die in den Tagespreisen des Hohemark-Sanatoriums eingeschlossen sind. Die Annahme ist wohl berechtigt, daß Frankfurter Bürger Stiftungen zur Verfügung stellen werden, woraus solche Angehörige des Mittelstandes, für die die oben genannten Summen zu hoch sind, in den Stand gesetzt werden, die Wohltaten der Sanatoriumsbehandlung zu genießen. Auch die großen Geschäfte und die Banken haben ein Interesse daran, daß ein solcher Dispositionsfonds besteht, um ihren Angestellten und deren Familienmitgliedern die Aufnahme zu ermöglichen.

Im Gegensatz zu ihren bisherigen Zwecken soll die Kuranstalt Hohemark durchaus frei gehalten werden von Geisteskranken. Man will sie solchen zur Verfügung stellen, deren Nervensystem durch Überanstrengung körperlicher oder geistiger Art Schaden genommen hat, und die einer Erholung bedürfen. Das ist ein weiter Begriff. Dazu gehören an erster Stelle freilich die sogen. psychogenen Neurosen: Neurasthenie und Hysterie. Beide sind durch die Kriegseinflüsse bei Kriegsteilnehmern und bei der heimischen Bevölkerung, bei Männern und Frauen, bei Jung und Alt ungleich häufiger als früher geworden und treten zumal bei Kriegsteilnehmern und bei arbeitsüberlasteten Frauen auch in schwereren Formen als sonst auf. Aber weit darüber hinaus müssen als nervenkrank im ärztlichen Sinne des Wortes auch zahlreiche Menschen gelten, die durch körperliche oder geistige Überarbeitung schwer erschöpft sind. Auch nach langem Krankenlager, namentlich nach schweren Infektionskrankheiten (z. B. nach Unterleibstyphus), ferner nach gehäuften Schwangerschaften, nach langem Stillen, nach langen und aufreibenden Krankenpflegen, bei blutarmen jungen Leuten beiderlei Geschlechts usw. kommen nervöse Zusammenbrüche und Erschöpfungszustände vor, die zwar nicht als Nervenkrankheiten im engeren Sinne gelten dürfen, in bezug auf Behandlung aber gleichsinnige Ansprüche stellen. Wir dürfen auch die Zusammenbrüche nicht vergessen, die sich aus der unvollständigen Ernährung ableiten. Viele Erscheinungen, die nur hieraus zu erklären sind, spielen sich am Nervensystem ab.

Die Zahl der Anwärter wird groß sein, und leider ist zu befürchten, daß noch später mancher und manche, die sich heute frisch und gesund fühlen, unter den Nachwirkungen der unerhörten Anstrengungen und Aufregun-

gen der Kriegszeit nervös zusammenbrechen werden. Daher ist es besonders wertvoll, daß gerade jetzt die Anstalt in den Besitz der Stadt gelangt, und daß dort in der erquickenden Taunusluft, unter ärztlicher Fürsorge, bei guter Verpflegung, unter Zuhilfenahme hydrotherapeutischer Maßnahmen usw. den Leidenden Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden sollen, die anderswo nur zu unerschwinglichen Preisen zu haben wären.

Ebenso wenig, wie sich die städtischen Krankenanstalten Nicht-Frankfurtern verschließen, wird dies bei der Hohemark der Fall sein; aber es muß Sorge getragen werden, daß den Frankfurter Bürgern der Vorrang zusteht. Das weite Gelände ermöglicht es, später nach Bedarf die Anstalt zu vergrößern. Zunächst sind etwa 100 Betten bereit, davon etwa die Hälfte in Einzelzimmern. Das Gelände erlaubt, ohne daß das Behagen des einzelnen Gastes beeinträchtigt würde, eine Erweiterung auf 400 bis 500 Betten. Das sind Fragen der Zukunft. Aber schon heute läßt sich sagen, daß mit dem Erwerb der Hohemark eine Tat vollbracht ist, deren sich alle nachfolgenden Geschlechter Frankfurter Bürger freuen werden.

— **Psychotherapie.** Bei dem Kriegsärztlichen Abend zu Berlin am 12. und 13. März 1918 fand eine Aussprache statt über Psychotherapie. Friedländer, fachärztlicher Beirat für Geistes- und Nervenkrankheiten, Hohemark (als Gast), gab eine kritische Übersicht über die verschiedenen Methoden der Psychotherapie. Es sei lange bekannt, daß bei an Disziplin Gewöhnten die Hypnose leicht gelingt. Andererseits sei es nicht richtig, daß sie nur bei Willensschwachen anwendbar sei. An der Kaufmann-Methode sei neu nur die militärische Art der Anwendung und die Dauer und Stromstärke. Kehrers Methode des Zwangsexerzierens mit künstlicher Erzeugung von Atemnot durch Einführen einer Kugel in den Kehlkopf (Much) und die Einführung der Sonde in die Tuba Eustachii sowie die Scheinnarkose übt F. nicht aus. Die Freudsche Traumanalyse ist durch die neurologischen Kriegserfahrungen widerlegt, die andererseits die Bedeutung des Unterbewußtseins zur richtigen Geltung gebracht haben. Suggestion und Vertrauen zum Arzt sind das Wichtigste. Für Wachsuggestion, ohne elektrischen Strom, eignen sich die psychogenen Läh-

mungen, die Tiks und Zwangshaltungen, die nicht zu eingehend vorbehandelt sind. F. beginnt mit passiven Bewegungen, denen zunächst im Unterbewußtsein aktive folgen. Einbildung der Unheilbarkeit schwindet, es folgen ausgedehnte Übungen und Heilexerzieren. Überrumpelung und starke Ströme sind möglichst wenig anzuwenden. Individualisierung nötig. F. empfiehlt die Duboissche Methode.

Nonne, Hamburg, sprach über Kriegsneurosen und ihre Behandlung. Jeder Mensch ist hysteriefähig. Die Hypnose ist erfolgreich. Die Flucht in die Krankheit ist ein instinktiver Trieb, der die ethischen und intellektuellen Hemmungen durchbricht. Die Freudsche Grundlehre sei durch den Krieg bestätigt, nur sei es ein Irrtum, wenn man alle bewegenden Erscheinungen mit sexuellen Motiven in Zusammenhang bringt. Nonne teilt ein:

1. Schreckneurosen (auf phylogenetischer Grundlage), 2. Erschöpfungsneurose, 3. ideagene, 4. organische (thyreotoxische usw.), 5. Abwehrneurosen (bessere Bezeichnung statt Wunschneurose), Abwehrmaßnahmen des Zentralnervensystems, bedingt durch krankhaften Affekt (einschließlich der Unfall- und Kassenneurosen).

Nonne empfiehlt, zur Unterscheidung der verschiedenen Neurosen den Blutdruck zu untersuchen.

Mohr sprach über die wissenschaftliche und praktische Bedeutung der Psychotherapie. (Nach Münch. med. Wochenschr. 1918 Nr. 13.) B.

Personalnachrichten.

— **Pommern.** Dem Oberarzte Bauer bei der Provinzialheilanstalt bei Ückermünde und dem Oberarzt Dr. Deutsch bei der Provinzialheilanstalt zu Treptow a. Rega ist der Charakter als Sanitätsrat verliehen worden.

— **Uchtspringe.** Das eiserne Kreuz I. Klasse wurde verliehen dem Oberstabsarzt d. R. Dr. A. Hoppe, Oberarzt der Landesheilanstalt Uchtspringe.

— **Charlottenburg.** Der bisherige Oberarzt der Dr. Edelschen Heilanstalt Dr. Gustav Emanuel trat als leitender Arzt in die Direktion der Anstalt ein.

— **Dresden.** Mit Allerhöchster Genehmigung Seiner Majestät des Königs ist der vortragende Rat im Ministerium des Innern Geheime Medizinalrat Dr. Hösel (früher Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Zschadraß) zum ordentlichen Mitgliede der I. Abteilung des Landes-Gesundheitsamts ernannt worden.

Es wird gebeten, Ankündigungen von Vereinsversammlungen und Programme rechtzeitig und direkt an den Verlag dieser Wochenschrift, nicht an die Redaktion zu senden.

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. Nr. 11/12. 1918/19.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 11/12. 22. Juni. **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Georg Lehmann †.

Von Dr. **Helmut Müller,** Dösen, zurzeit im Felde.

Der Leiter der Landesanstalt Leipzig-Dösen, Geheimer Medizinalrat Dr. Georg Lehmann, ist am 2. April nach schwerer Leidenszeit gestorben, ein schmerzlicher Verlust für die deutsche Psychiatrie. Auf Sachsens Irrenfürsorge hat er in den letzten Jahrzehnten durch das Vertrauen, das er genoß, großen Einfluß ausgeübt, so daß sein Scheiden aus Amt und Leben das Ende eines von fortschrittlichem Geist erfüllten Abschnittes bedeutet. Lebhafte Teilnahme aber wird alle erfüllen, die ihn gekannt und mit ihm gearbeitet haben, hat er sich doch überall die Herzen gewonnen und Verehrung erworben.

Lehmanns Wirken wird nur richtig schätzen, wer in seinen Charakter eindringt, dessen Grundzug eine peinliche Gewissenhaftigkeit war, und ihm nachfühlt, was seine feinfühlige Seele bewegt hat. Klar und reich in seinen Gedanken hatte er auch einen starken Willen, der freilich mit mächtigen inneren Gegenströmungen zu kämpfen hatte, so daß er bei oberflächlicher Bekanntschaft vielleicht oft als schwach und schwankend erschien. Nicht in leichtem Schwung entsprangen Lehmann die Entschlüsse; alles war vielmehr das Ergebnis schweren inneren Ringens und manche Absichten bewegten ihn jahrelang, in immer neuen Ansätzen zur Ausführung drängend. Peinlich sorgsam schon in der Überlegung bei allem, was er vor hatte, war er nicht imstande, sich über die entgegentretenden Widerstände leichten Herzens wegzusetzen. Wohl war er bereit, nach sorgfältigem Abwägen dem Wesentlichen das Nebensächliche zu opfern, aber die Besorgnis, ob er so oder so recht handle, hat schon frühzeitig in sein Antlitz die Sorgenfalten gegraben, und die Rücksicht auf etwaige unerwünschte Folgen hat ihm den Entschluß immer erschwert. Vor allem widerstrebte es seinem mitfühlenden Gemüt, die Rücksicht auf andere Menschen, auf ihre mehr oder weniger begründeten Ansichten und Interessen beiseite zu schieben. Dieser oft qualvolle innere Kampf der Pflichten hat ihn aber keineswegs zu Boden gedrückt, vielmehr ist als Grundton seiner Seele die Freude am Schaffen geblieben und rastloses, erfolgreiches Schaffen hat sein Leben erfüllt.

Ein Adel der Gesinnung leitete ihn, wie im Privatleben so auch im Beruf. Streng dem praktisch Richtigen zugewendet, das sein reiches Können und sein klares Urteil ihm stets sicher eingab, war er in der Ausführung aller Maßnahmen immer von tiefem menschlichen Zartgefühl geleitet, so in erster Linie bei allem, was die Kranken selbst berührte, aber auch gegenüber ihren Angehörigen und im ganzen dienstlichen Verkehr innerhalb und außerhalb der Anstalt. Jeder, der mit ihm in Berührung trat, hatte sorgfältige und liebevolle Förderung zu erwarten, jeder durfte seine Rechte und Gefühle bis zur Grenze der Möglichkeit gewahrt sehen.

Sonnenstein — Untergöltzsch — Dösen bezeichnen die Hauptstationen seiner Lebensarbeit. Schwer hat er sich von Untergöltzsch

getrennt und nicht in jeder Beziehung hat ihm die Tätigkeit in der zunächst noch städtischen Anstalt Leipzig-Dösen befriedigt, aber sein hauptsächliches Lebenswerk ist es doch geworden, diese Anstalt, auf deren Bau er nur noch wenig Einfluß üben konnte, im Betrieb auf musterhafte Höhe zu bringen.

Die Grundlage von Lehmanns Lebensarbeit war die Anstaltsverwaltung, die sich bei ihm auf einer bis ins kleinste gehenden Kenntnis der Aufgaben jedes Angestellten aufbaute. Er war von dem festen Willen durchdrungen, im großen wie im kleinen das Beste zu leisten, was zu erreichen war, und ließ sich nicht durch Schwierigkeiten der Ausführung zurückschrecken. Mit der Betonung des wirklich Wichtigen suchte er eine peinlich sorgfältige Ausarbeitung aller Einzelheiten zu vereinigen. Selbst rastlos tätig in seinem Arbeitsgebiet und seiner Pflicht der Verantwortung für das Ganze sich voll bewußt, strebte er aus innerer Überzeugung nach Dezentralisation. Er zog sich seine Kräfte heran, welche in ihrem Kreis selbständig wirkten, und war von der Überzeugung beseelt, daß nur der mit Liebe und Erfolg schafft, dem man im Handeln Freiheit läßt. Das werden ihm in erster Linie seine Ärzte danken, denen er, soweit er es mit seinem Gewissen vereinigen konnte, durch verantwortliche Selbständigkeit Berufsfreude schenkte.

Gute und gediegene Ausführung an allen Dingen, an Bauten, Kleidung, ganz besonders aber an der Verpflegung hat er immer erstrebt und als vorteilhaft angesehen; dabei hielt er aber auf Einfachheit und Sparsamkeit und Vermeidung allen Prunks. Der unechte äußere Schein widerstrebte ihm. Genau bekannt mit den bezirksärztlichen Aufgaben, hat er sich stets bemüht, die gesundheitlichen Anforderungen in der Anstalt auf der Höhe zu halten.

Das Uhrwerk des Anstaltsbetriebs griff bis ins feinste ineinander und ging seinen regelmäßigen Gang. Sich dabei zu beruhigen, war aber Lehmanns Sache nicht. Mit rücksichtsloser Selbstaufopferung arbeitete er unaufhörlich an Fortschritten, an Besserungen und Neuschöpfungen. Es gab keine Zeit, wo er sich nicht mit großen und kleinen Plänen trug, an ihrer Ausarbeitung sich mühte, um ihre Durchführung kämpfte. Mit großem, weitem Blick übersah er, was anderswo besser war als in seiner Anstalt, aber er sah auch hinaus über das anderswo Erreichte, er suchte und fand neue Ziele der Anstaltsfürsorge, die er dann mit Klarheit und Geschick zu verwirklichen wußte.

Jahrelang hat ihn das Erfordernis der Vermehrung von Anstaltsplätzen für Geisteskranke der Stadt Leipzig beschäftigt. Er wollte Dösen nicht gerne wachsen lassen und trug sich, da der Bau einer zweiten Anstalt abgelehnt wurde, mit Ideen über eine allmählich heranwachsende und sich ablösende Zwillingsanstalt, mußte es aber schließlich dulden, daß zwei große Neubauten den Nachbarhäusern Licht und Luft raubten. Der Ausgestaltung dieser Häuser zu musterhaften Aufnahmeabteilungen mit Laboratorien hat er sich dann jedoch mit größter Liebe und Sorgfalt ergeben, er hat ihnen alles zukommen lassen, was es an wirklich wertvollen technischen Neuheiten gibt. Überhaupt fand er sich stets mit dem Erreichbaren ab; er sprach es immer wieder aus, daß sich unter allen Verhältnissen arbeiten lasse, und mahnte, aus den Umständen zu machen, was immer möglich sei.

Die Krankenfürsorge war das Ziel, dem alles in der Anstalt untergeordnet war, und der ärztlichen Tätigkeit wurde die größte Bedeutung eingeräumt. Der Ausbildung seiner Ärzte hat Lehmann viel Zeit und Sorgfalt gewidmet. In der aufs nötigste beschränkten Konferenz und auf gemeinsamen Rundgängen durch die Abteilungen ließ er es an Rat, Lehre und Beispiel nicht fehlen. Durch gemeinschaftliche Besprechungen von Krankheitsfällen, auf die er trotz aller Schwierigkeiten immer wieder zurückkam, suchte er die wissenschaftliche Durchbildung der Ärzte zu vertiefen.

Er selbst, hervorgegangen aus der feinen Praxis der alten Münchener Schule, von früher Zeit an durch freundschaftliche Beziehungen mit Kraepelin eng verbunden, war in gleicher Liebe der psychiatrischen Wissenschaft und der praktischen Irrenfürsorge zugetan. Von jeher war er mit Begeisterung, wenn auch nicht ohne Kritik, ein Anhänger der Kraepelinschen Lehren und auf ihnen ruhte stets seine Darlegung des Krankheitsbildes.

Mit Eifer hat er sich bemüht, die neuen Errungenschaften der wissenschaftlichen Forschung in seiner Anstalt zu verwerten. Selbst nur anregend, aber voll Interesse für alle Neuigkeiten, hatte er die größte Freude an wissenschaftlicher Betätigung seiner Ärzte. So sehr er es förderte, daß diese Tätigkeit auch literarisch zum Ausdruck und dadurch weiteren Kreisen zunutze kam, so galt es ihm zunächst doch als Hauptsache, die Wissenschaft in den Dienst der praktischen Krankenfürsorge zu stellen und seinen Kranken ihre Errungenschaften zugute kommen zu lassen, gerade

dadurch aber wurde in seiner Anstalt das Interesse an den wissenschaftlichen Arbeiten lebendig erhalten und auf alle Ärzte übertragen. Hohler Schein und Oberflächlichkeit war nicht seine Sache; herber Kritik verfiel, was nicht auf echter wissenschaftlicher Wahrheit und Gründlichkeit beruhte.

Die ärztliche Behandlung der Kranken wurde bei Lehmann in gewissenhaftester Weise gepflegt und durfte kein untätiges Abwarten des Schicksals sein. Was immer heranzuziehen war, die Krankheit zu bannen oder das Los der Kranken zu erleichtern, alle körperlichen Heilmittel und alles, was imstande ist, seelisch einzuwirken, es wurde angewendet und unablässig vervollkommnet.

Ausgiebig ließ er zur Beruhigung Dauerbäder geben. Aber die Nachteile, die sich teils durch die langen Bäder an sich, teils durch das Zusammensein mehrerer erregter Kranker in einem, noch dazu meist von Hitze und Feuchtigkeit übersättigten Raum ergaben, haben ihm fortgesetzt zu denken gegeben. Er suchte Abhilfe in Absonderung der Wannen voneinander gegen Sicht und Geräusch, in sommerlichen Freiluftbädern, Beschäftigung der Kranken im Bad u. a.

Aus tiefster Überzeugung hat sich Lehmann immer bemüht, die „freie Behandlung" zu fördern und die geistig Erkrankten durch menschliche Behandlung menschlich zu erhalten. Freier Ausgang in die Stadt wurde den geordneten Kranken freigebig gewährt, die Erlaubnis dazu freilich sorgsam erwogen und in die Hand der erfahrensten Ärzte gelegt; die Angehörigen erhielten Zutritt, soweit es irgend mit dem Interesse der Kranken vereinbar war.

Den Kranken die Freiheit und die Anregungen der Familienpflege zuteil werden zu lassen, war immer Lehmanns Bestreben, trotzdem sich gerade ihm große Schwierigkeiten in den Weg stellten. In Untergöltzsch verhielt sich die Bevölkerung ganz abweisend. Nachdem die von Dösen aus ins Leben gerufene, aussichtsreiche Familienpflege im Dorf Liebertwolkwitz an dem Widerstand der Bewohner gescheitert war, unternahm Lehmann die an sich viel schwierigere und weniger dankbare in der Stadt Leipzig, und er hatte die Freude, hier trotz allen Hindernissen vielen Kranken eine Wohltat erweisen zu können.

Den Trinkern schuf er nahe der Anstalt ein Heim, wo sie bei körperlicher Arbeit in gemütlichem Kameradenkreise mit einer Entlohnung, die sie der größten Sorge um ihre Familie enthob, sich allmählich die Festigung zur Rückkehr ins freie Leben erwerben konnten. Nach der Entlassung wurde ihnen Anhalt an Vertrauensmännern und an die Enthaltsamkeitsvereine, mit denen die Beziehungen stets rege erhalten wurden, gegeben. Auch bei anderen Kranken erstreckte Lehmanns Fürsorge sich über die Anstalt hinaus; er fühlte sich verpflichtet, für ihr weiteres Ergehen zu tun und zu raten, was ihm möglich war.

Ein Beispiel von Lehmanns menschlichem Zartgefühl gegen die Kranken bietet sein Bestreben, das Briefgeheimnis auch für sie zu wahren. Die Briefe der Kranken durften nicht als wertlose Gegenstände behandelt werden, sofern es sich nicht um die Vielschreiber blühenden Unsinns handelte. und die an die Kranken gerichteten Postsachen wurden uneröffnet abgegeben, soweit es irgend angängig war. Wollte der Arzt einen Brief lesen, so galt es bei besonnenen Kranken als Regel, daß er darum bat oder mit geschickter Redewendung ihn sich geben ließ.

„Es galt als Regel," so war es in allem. Starre Grundsätze gab es in der Anstalt nicht, immer hieß es: „elastisch arbeiten". Mochte Lehmann eine Überzeugung noch so sehr vertreten, nie klammerte er sich an einem Grundsatz fest. Als Beispiel sei nur die Frage der Isolierung angeführt. Lehmann hat sie nie grundsätzlich verworfen, und er hatte in der Anstalt Isolierstuben. Daß er aber in den ganzen Jahren seiner Anstaltsleitung in Dösen bei dem schwierigen Material der Großstadt ohne Isolierung ausgekommen ist, beleuchtet aufs Klarste den Ernst und die Energie seiner Bestrebungen. Über den einzelnen Fall läßt sich vielleicht streiten, das vollständige Absehen von Isolierungen hat aber sicherlich für Kranke und Personal große Vorteile und steigert durch die großen Anforderungen, die diese hochgespannte freie Behandlung an Ärzte und Pflegepersonal stellt, die Leistungen.

Die größte Bedeutung bei der ganzen Krankenbehandlung wurde dem Einfluß des Pflegepersonals auf die Kranken beigemessen. Den Pflegern und Pflegerinnen in täglich erneuter Belehrung und durch Beispiel zu zeigen, wie man Geisteskranke leitet und beruhigt, von ihrer Krankheit ablenkt und zu Menschen erzieht, wurde er nicht müde; den Ärzten aber legte er immer wieder ans Herz, das Personal ihrer Abteilungen in diesem Sinne heranzubilden. Da ein gutes Pflegepersonal von entscheidendem Werte für die Anstalt ist, hat er sich von Anfang an eifrig um die Hebung des

Pflegerstandes bemüht, die Stellungen aufgebessert, den verheirateten Pflegern wertvolle Erleichterungen verschafft und regelmäßigen Urlaub gewährt. Er hat dem Pflegepersonal nach Möglichkeit sein schweres Los gemildert, so z. B. durch günstige Verteilung der Dienststunden, durch gemeinsame Mahlzeiten und durch Anstellung von Nachtwachen überall da, wo Kranke überwacht werden mußten, so daß das Schlafen von Pflegepersonen unter Kranken gänzlich vermieden wurde. Versuche, Mädchen aus gebildeten Ständen zur Irrenpflege in der Anstalt heranzuziehen, hatten zu seinem lebhaften Bedauern keinen Erfolg.

Für die persönliche Förderung aller seiner Untergebenen und die Besserung ihrer Dienststellen hat Lehmann stets viel getan, in schlaflosen Nächten hat er gesonnen, ihnen zu helfen und Gutes zuzuwenden, in größter Dankbarkeit werden alle es ihm gedenken. Dankbar werden die Ärzte sich erinnern, wie er auch ihre wissenschaftliche Fortbildung durch Teilnahme an Versammlungen und Kursen gefördert hat.

Von Lehmanns Wirken in weiteren Kreisen sei die Einrichtung der kollegialen Zusammenkünfte der Psychiater des westlichen Sachsens erwähnt, die teils in Dösen, teils in den Landesanstalten stattfanden. Wissenschaftlichen Vorträgen schloß sich ein kameradschaftliches Zusammensein an. Die Anregungen und Belehrungen, die Gelegenheit zu gegenseitiger Aussprache sind allen Teilnehmern von großem Wert gewesen.

Lehmanns Arbeitsgebiet griff, vor allem in den Zeiten, wo er Staatsbeamter war, über seine Anstalt hinaus; es drängte ihn, die Irrenfürsorge Sachsens zu fördern und das, was ihm nicht richtig erschien, mit Eifer, Mut und Erfolg zu bekämpfen. Regierung und Psychiater Sachsens werden mit Dank seines Wirkens gedenken.

Über den Rahmen der engeren Irrenfürsorge führte ihn seine Mitwirkung bei Errichtung und psychiatrischen Versorgung des Heilerziehungsheims Klein-Meusdorf bei Dösen, das der Fürsorgeerziehung dient. Daß hier Lehrer und Arzt Hand in Hand arbeiten und der psychiatrischen Betätigung ihr Recht eingeräumt wurde, ist seinem Einfluß und Geschick zu verdanken.

Fast gänzlich hat er sich der konsultativen Praxis und, so weit es ihm möglich war, auch der gerichtlichen Tätigkeit ferngehalten, trotzdem er gerade für die Beziehungen der Geisteskrankheiten zum äußeren Leben großes Interesse hatte. Er entsagte aber den verlockenden Anregungen aus der Überzeugung, daß er seiner Anstalt durch eine zeitraubende Nebenbeschäftigung zuviel Kraft und Zeit entziehen würde, ein Zeichen, wie gewissenhaft er seine Pflicht auffaßte.

So hat er auch schwer mit sich gerungen, als ihm die ehrenvolle Aufgabe übertragen wurde, beim Landesgesundheitsamt mitzuwirken. Mit Freude und Hingebung hat er sich dann, als er sich zur Annahme der Stelle entschlossen hatte, den ihm dort gestellten Arbeiten gewidmet, zu seinem großen Schmerz mußte er aber gar bald sehen, daß seine Kraft dazu nicht ausreichte.

Lehmann wird fortleben, solange noch einer, der seinen Einfluß erfahren hat, als Psychiater wirkt und Schule macht. Reich ist die Ernte seiner Lebensarbeit, mag auch manches, was er gewirkt hat, nicht weit hinaus in die Welt glänzen. Seinem harmonischen Familienkreis ist der liebevollste, häuslichste Vater, dem Kreis der Bekannten ein treuer und gutherziger, feinsinniger, humorvoller Freund von vielseitiger Bildung entrissen worden. Er war ein edler Mensch und ein echt menschlicher Charakter.

Über die Abnahme der alkoholistischen Geistesstörungen in der Provinz Schlesien während des Krieges.

Nach einer im Auftrage des Herrn Landeshauptmanns von Schlesien verfaßten Denkschrift
von Sanitätsrat Dr. **Ziertmann,**
1. Oberarzt der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bunzlau.

(Schluß.)

Die Kosten der Irrenanstaltspflege bilden aber selbstverständlich nur einen Teil der Ausgaben, die der Alkoholismus verursacht. Es kommen die Aufwendungen hinzu für die Unterbringung der Trinker in Krankenhäusern und Anstalten anderer Art, für Inanspruchnahme der Krankenkassen, für Unter-

stützung der Familien und ähnliche aus öffentlichen Mitteln zu bestreitende Lasten. Die Höhe aller dieser Ausgaben und die durch den Rückgang des Alkoholismus etwa zu erwartenden Minderaufwendungen auch nur annähernd in Zahlen anzugeben, ist natürlich nicht möglich, daß es sich aber auch hierbei um ganz erhebliche Summen handelt, geht z. B. daraus hervor, daß sich nach einer Berechnung von Hoppe[14]) die auf Alkoholismus zurückzuführenden jährlichen Aufwendungen bei den Krankenkassen in ganz Deutschland auf 2 100 000 M belaufen und ein Drittel der öffentlichen Armenlasten Deutschlands, das sind 50 Mill. M, dem Alkohol zur Last fällt. Weiter sind in diesem Zusammenhang die bei den Landesversicherungsanstalten durch Heilverfahren, Invaliden- und Krankenrenten für Trinker entstehenden Kosten zu erwähnen. Daß auch auf diesem Gebiet die Einschränkung des Alkoholkonsums günstige Erfahrungen gebracht hat, haben früher schon Henneberg[15]) und Fr. Leppmann[16]) berichtet. Danach sind in Berlin Neubewilligungen von Invalidenrenten wegen Alkoholismus seit Kriegsbeginn nicht vorgekommen, und es konnten seit langen Jahren von Alkoholisten bezogene Renten wegen weitgehender Besserung entzogen werden. Für die Provinz Schlesien stehen mir auf Grund der von der Landesversicherungsanstalt aufgestellten Übersichten genaue zahlenmäßige Angaben zur Verfügung. Danach sank die Zahl der wegen „Alkoholvergiftung" bewilligten Invaliden- und Krankenrenten von durchschnittlich 83 in den Jahren 1907 bis 1913 auf 56 im Jahre 1914, auf 43 im Jahre 1915, auf 22 im Jahre 1916.

Es sind also in den drei letzten Jahren zusammen 128 Renten weniger bewilligt worden, als im Durchschnitt in jedem der sieben voraufgegangenen Jahre. Der gegenwärtige Wert dieser Ersparnis an Renten wird von der Landesversicherungsanstalt auf 181 414 M beziffert, wobei der Jahresbetrag einer Invalidenrente mit 176,50 M und der Kapitalwert einer Rente mit dem 8,03 fachen des Jahreswertes in Ansatz gebracht worden ist.

Daß der Ausfall an Renten nicht etwa hauptsächlich durch das Fehlen der eingezogenen jüngeren Männer veranlaßt ist, zeigt die Tatsache, daß auch bei den über 45 Jahre alten Trinkern die Abnahme der Rentenbewilligungen sehr erheblich ist, wenn auch verhältnismäßig nicht ganz so stark wie bei den jüngeren.

Es wurden bewilligt Invaliden- und Krankenrenten bei Männern:

im Jahre	bis 45 J.	über 45 J.	Summe
1910	24	55	79
1911	14	49	63
1912	14	49	63
1913	25	61	86
1914	10	44	54
1915	3	38	41
1916	4	16	20

Dabei ist ein allgemeiner Rückgang der Invalidenrenten bei Personen über 45 Jahre nicht zu verzeichnen.

Besonders augenfällig ist der Rückgang auch bei den Heilverfahren für Trunksüchtige:

Es wurden:

im Jahre	Anträge gestellt	Anträge übernommen	Heilverfahren abgeschlossen
1910	176	127	133
1911	249	174	142
1912	308	207	195
1913	310	231	221
1914	170	140	221
1915	44	32	58
1916	20	13	18
1917	keine	—	—

Wie erheblich die durch diesen Rückgang verursachten Ersparnisse sind, zeigt folgende Zusammenstellung der durch die übernommenen Trinkerheilverfahren entstandenen Kosten. Dieselben beliefen sich:

im Jahre 1913 auf 125817 M.
„ „ 1914 „ 95000 M.
„ „ 1915 „ 27293 M.
„ „ 1916 „ 8920 M.
„ „ 1917 „ 0 M.

Wenn man von der gewiß berechtigten Annahme ausgeht, daß ohne die einschränkenden Kriegsmaßnahmen die Ausgaben mindestens auf der gleichen Höhe wie im Jahre 1913 geblieben wären, sind demnach in den vier Kriegsjahren zusammen 372 055 M für Heilverfahren weniger ausgegeben worden. Für die bei Personen über 45 Jahre durchgeführten Heilverfahren ergibt die gleiche Berech-

---

[14]) l. c.

[15]) Henneberg, Diskussionsbemerkung zu dem Vortrag von Bonhoeffer über die Abnahme des chronischen Alkoholismus seit Kriegsbeginn. Neur. Zentralbl. 1917, Nr. 13.

[16]) Ebenda.

nung eine Ersparnis von 99 529 M. Es geht aus allen diesen Zahlen in überzeugender Weise hervor, welche Bedeutung für die Einschränkung der öffentlichen Aufwendungen der Abnahme des Alkoholismus zuzuschreiben ist.

Noch gar nicht berücksichtigt sind dabei die Verluste, die der Einzelne durch den Ausfall an Arbeitslohn während des Anstaltsaufenthalts, durch Arbeitsunfähigkeit vor der Aufnahme und verminderte Erwerbsfähigkeit nach der Entlassung erleidet, wie überhaupt die Einbuße an Arbeitsverdienst, die durch die erhöhte Morbidität und Sterblichkeit des Trinkers und die dadurch bedingte Verkürzung der Lebensdauer verursacht wird. Nimmt man nach meiner Berechnung die durchschnittliche Dauer des Anstaltsaufenthalts eines geisteskranken Trinkers mit 16,5 Monaten gleich 400 Arbeitstagen und für jeden Arbeitstag einen Verdienst von 3 M an, so würden allein für die im Jahre 1913 in die schlesischen Provinzialanstalten aufgenommenen 114 Alkoholisten 136 800 M an Arbeitsverdienst ausgefallen sein. Danach läßt sich der Schaden beurteilen, der den Trinkern und ihren Familien nur aus der Arbeitsunfähigkeit in materieller Hinsicht erwächst, ebenso aber auch der wohltätige, der Verarmung entgegenwirkende, den Wohlstand fördernde Einfluß, der allen den Alkoholkonsum einschränkenden Maßnahmen zugesprochen werden muß.

Es kommt weiter hinzu, daß die alkoholischen Geistesstörungen, wie überhaupt die durch den Alkoholmißbrauch bewirkten Gesundheitsschädigungen und die davon abhängigen materiellen Einbußen und Aufwendungen nur e i n e Äußerungsweise des Alkoholismus darstellen. Die Folgen des Alkoholismus sind noch in vielen anderen Beziehungen so unheilvoll, daß auch aus diesem Grunde die auf den Kriegsmaßnahmen beruhenden außerordentlich günstigen Ergebnisse der bis jetzt bekannt gewordenen Statistiken nur mit Genugtuung begrüßt werden können. Es sei an dieser Stelle nur auf die Zusammenhänge hingewiesen, die zwischen Alkoholismus und Kriminalität bestehen. Schon jetzt läßt sich die günstige Einwirkung der Kriegsmaßnahmen auf die Kriminalität deutlich erkennen. Zwar stehen mir bestimmte Zahlen hierüber nicht zur Verfügung. Nach einer an den Herrn Landeshauptmann gerichteten Mitteilung der Oberstaatsanwaltschaft in Breslau läßt sich zuverlässiges statistisches Material deshalb nicht beibringen, weil es bei den gänzlich veränderten Verhältnissen an Vergleichsmöglichkeiten fehlt. Einmal habe, so heißt es in der Mitteilung, die Kriminalität jetzt durch die zahlreichen Zuwiderhandlungen gegen die Kriegsnotstandsgesetze eine erhebliche Steigerung erfahren, die aber mit der Alkoholfrage nichts zu tun habe, sodann stehe ein großer Teil gerade der Personen, die als Rechtsbrecher infolge Alkoholmißbrauchs in Frage kämen, zurzeit im Felde, und schließlich sei die Aburteilung eines Teils der Delikte, die häufig in Trunksucht begangen würden, durch die Überweisung an die außerordentlichen Kriegsgerichte den ordentlichen Gerichten entzogen. Es wird im übrigen aber von der Oberstaatsanwaltschaft betont, daß mit den Schnapsbeschränkungen während der jetzigen Kriegszeit dieselben günstigen Erfahrungen gemacht worden seien, wie im Jahre 1913 in Oberschlesien, als gelegentlich eines Bergarbeiterstreiks die Branntweinausschankstätten geschlossen worden seien. Aus dem damals erstatteten Bericht der Staatsanwaltschaft in Beuthen geht hervor, daß während des Streiks ein zahlenmäßig nachzuweisender Rückgang der Kriminalität im Landgerichtsbezirk Beuthen eingetreten ist. Es ist keine einzige Ausschreitung, keine Bluttat oder ähnliches schweres Verbrechen in dieser Zeit vorgekommen, und es wird hervorgehoben, daß es für diese so überaus auffallende Erscheinung keine andere Erklärung gebe, als die Unmöglichkeit des Schnapsgenusses während dieser Zeit. Unmittelbar nach Öffnung der Ausschänke habe auch die Kriminalität sofort wieder ihr gewöhnliches Bild gezeigt. Diese Ausführungen lassen erkennen, wie wesentlich für die Herabsetzung der Kriminalität die Einschränkung des Alkoholkonsums ist. Kommen doch, wie festgestellt worden ist, gering gerechnet 250 000 Deutsche jährlich vor den Strafrichter, welche ihren Verfall in Kriminalität dem Alkohol verdanken. Nach einer Statistik von B a e r [17]) waren 70 v. H. aller Fälle von Widerstand, 66 v. H. aller Sittlichkeitsvergehen, 55 v. H. aller Fälle von Hausfriedensbruch und 51 v. H. aller Körperverletzungen unter dem Einfluß der Trunkenheit begangen. Wie sehr außerdem die Herabsetzung der Kriminalität auch finanziell ins Gewicht fällt, geht daraus hervor, daß nach H o p p e [18]) der durch Delikte alkoholischen Ursprungs verursachte Schaden sich auf im ganzen 97 Millionen Mark jährlich beläuft, wovon allein 52 Millionen auf die Kosten der Strafrechtspflege entfallen.

Es haben sich sonach schon bei diesem kurzen, die Frage keineswegs erschöpfenden Überblick eine Anzahl wichtiger Gesichtspunkte ergeben, welche die Einschränkung des Alkoholkonsums als nicht

---

[17]) l. c.

[18]) H o p p e, Alkohol und Kriminalität.

nur vorübergehende Errungenschaft des Krieges in hohem Grade wünschenswert erscheinen lassen. Auf welchem Wege dieses Ziel am zweckmäßigsten zu erreichen wäre, soll hier nicht erörtert werden. Nur das eine sei hervorgehoben, daß es sich bei allen Maßnahmen zur Einschränkung des Alkoholkonsums in erster Linie darum handeln muß, den Mißbrauch des Trinkbranntweins zu bekämpfen, der, wie schon im Laufe dieser Ausführungen betont wurde, bei der Erzeugung des chronischen Alkoholismus und aller seiner Folgen von besonders schädlicher Wirksamkeit ist. Daß in dieser Beziehung die bevorstehende hohe Besteuerung des Branntweins sich als ein sehr zweckdienliches Mittel erweisen wird, kann wohl mit Sicherheit erwartet werden. Im übrigen werden freilich auf Grund der Erfahrungen, die früher bei der Bekämpfung des Alkoholismus gemacht worden sind, und bei der Art unserer sozialen Verhältnisse Zweifel an der Möglichkeit, nach dem Kriege einschränkende Maßnahmen von einschneidender Bedeutung erfolgreich durchzuführen, zunächst leider noch berechtigt sein. Es sei deshalb noch auf drei Punkte hingewiesen, die gerade am Ende des langen Krieges besonders geeignet sind, die auf Einschränkung des Alkoholmißbrauchs gerichteten Bestrebungen zu unterstützen. Man hat berechnet, daß vor dem Kriege in Deutschland 3,5 Milliarden jährlich von der Bevölkerung für alkoholische Getränke ausgegeben worden sind. Diese Zahl spricht für sich; sie zeigt, welche Unsummen jährlich in einer Zeit der Teuerung, die in finanzieller Hinsicht an jeden Einzelnen so große Anforderungen stellt, für bessere Zwecke erübrigt werden könnten. Es steht ferner fest, daß in Deutschland jährlich die Ernte von über 2 Millionen Hektar Land vertrunken worden ist; bereits im Jahre 1890 wurden nach Grotjahn[19]) in Deutschland zwei Drittel der gesamten Gerstenernte, ein Sechzehntel der Roggenernte und ein Dreizehntel der Kartoffelernte zur Herstellung von alkoholischen Getränken verbraucht. Was diese Zahlen bedeuten in einer Zeit, in der durch die mangelhafte Ernährung die Volkskraft auf lange hinaus geschädigt ist, bedarf keiner Erörterung. Und schließlich kommt in einer Zeit, die so zahlreiche Opfer an Männern gerade des leistungsfähigsten Alters erfordert hat und noch täglich erfordert, alles darauf an, daß ein gesunder, kräftiger, militärtauglicher Nachwuchs erzielt und deshalb nicht nur die heranwachsende Jugend vor den gesundheitsschädigenden Wirkungen des Alkohols nach Möglichkeit geschützt, sondern auch die Generation, die erst noch zur Welt kommen soll, schon im Keim vor seinen entartenden Einflüssen bewahrt wird.

---

[19]) Grotjahn, Soziale Pathologie. 1. Aufl. 1912.

Aus englischer und französischer Psychiatrie und Neurologie.

Von Dr. **J. Bresler.**

Nach F. W. Mott, Maudsley Extension, 4th London General Hospital (War psychoneurosis, die Psychologie von Soldatenträumen, Vortrag in der Psychiatr. Sektion der Kgl. med. Gesellschaft in London am 8. Januar 1918) kehren bei neurasthenischen Soldaten schreckhafte Träume häufig und hartnäckig wieder und dauern in den halbwachen Zustand hinein. Sie verursachen eine beständige seelische Übererregbarkeit. Die Freudsche Theorie über die Rolle des Unbewußten hat sich bei den Träumen der Krieger nicht bestätigt, soweit das Geschlechtliche in Betracht kommt, was ihm besonders wichtig scheint für die Unrichtigkeit der Freudschen Lehre, denn da in der Armee fast die ganze männliche Bevölkerung des Landes repräsentiert wird, ist das Fehlen von Freud-Fällen ein Beweis für den Irrtum jener Lehre. So auch der englische Arzt Rivers (zit. von Mott).

Nach Motts statistischen Beweisen ist das bei weitem wichtigste Moment bei der Entstehung der Kriegsneurose angeborene oder erworbene Neigung zur Emotivität (emotivity) oder furchtsames Temperament (temperamental timidity). Gleichwohl kann bei der Art der modernen Kriegführung kommotioneller und emotioneller Chok die direkte Ursache erworbener Emotivität bei einem in bezug auf Nervensystem gesunden Menschen werden, die sich in Neurasthenie, Hysterie, Psychasthenie, sowie in Verwirrtheits-, Stupor-, Demenz-, halluzinatorischen, manischen und depressiven Zuständen äußern kann, die in der Regel vollständig heilen. Manchmal entwickelt sich der seelische Zusammenbruch und die Psychoneurose erst einige Tage nach dem Chok.

Unterscheidung zwischen Kommotions- und Emotionswirkung: Bei

ersterer Gefäßveränderungen und kleine Hämorrhagien in die graue Substanz der Zerebrospinalaxe, Erhöhung des Liquordrucks, mit Hyperalbuminosis und Blut im Liquor. Das Volta-Schwindel-Zeichen ist meist vorhanden. Taubheit auf der Seite der Explosion und Trommelfellriß. Emotion: Wahrscheinlich Beeinflussung der Innendrüsen, besonders der Nebennieren und Thyreoidea. Die unterbewußte Fortdauer von Erinnerungen an Ereignisse, die mit Schreck und Schauer verbunden waren, kommt durch Kriegsträume zum Ausdruck. Diese unterbewußten Erinnerungen zusammen mit Furcht und Selbsterhaltungstrieb wirken wahrscheinlich andauernd auf die tieferen zerebrospinalen und sympathischen, sekretorisch-motorischen, bulbospinalen und autonomen Zentren und bewirken so manche sekretorischen und motorischen Symptome der Kriegsneurosen. Die motorischen Störungen sind oft eine Art instinktiver Abwehrreaktionen, so der Kopftik als Duckreflex, die Schrecklähmungen als der Ausdruck des instinktiven Sichversteckens durch Unbeweglichkeit. Häufig sind nach Chok, besonders wenn schreckhafte Träume auftreten, kühle Bläue der Glieder (blue funk = große Angst, „funk" populär = Feigling) und Symptome Basedowscher Krankheit.

Bezüglich der motorischen Reaktionen bei schreckhaften Träumen erinnert Mott an Kants Bemerkungen in dessen „Träume eines Geistersehers": daß wir uns nach dem Erwachen nicht an die Gedanken, die wir in einem gesunden Schlaftraum hatten, erinnern, beweist nur, daß diese Gedanken im Moment des Erwachens nicht klar waren, nicht aber, daß sie auch im Schlaf selbst dunkel waren. Kant glaubt vielmehr, daß die Vorstellungen im Schlaf klarer sind als die klarsten des Wachzustandes, denn der Mensch hat im Schlaf keine Empfindung seines Körpers. Beim Erwachen aber ist der Körper nicht in Verbindung mit den Vorstellungen seines Schlafes. Schlafwandeln ist Beweis der ungewöhnlichen Intelligenz im Schlafzustande. Manche Krieger benahmen sich im Traum wie wenn sie an einem Kampfe teilnähmen in Sprechen, Handlungen usw., hatten aber keine Erinnerung nach dem Erwachen. Einige mußten sogar nachts isoliert werden.

Vereinzelt löste Nachsinnen über die im Traum gesehenen Schauerszenen Sinnestäuschungen aus, die zu deliriumartigen Störungen im Benehmen führen können.

Die Traumwahrnehmungen sind in der Regel optische und akustische; einmal roch ein Krieger im Traum Leichen, einer träumte von Hunger und Durst. —

Rivers (Craiglockhert War Hospital) sprach über Repression of war experience, worunter er die aktive und freiwillige Entfernung eines gewissen geistigen Inhalts aus dem Bereich der Aufmerksamkeit und Abschließung von der Erinnerung, seine Ausschaltung und Unterdrückung versteht, und ihre Anwendung auf Kriegserinnerungen und Kriegsneurosen. Manche nervösen Symptome entstehen nicht durch die Kriegsereignisse selbst, sondern durch das Bestreben, die Erinnerung daran zu unterdrücken. Normalerweise besteht das instinktive Bestreben, zu vergessen, aber meist stehen Verwandte und Freunde, auch die ärztliche Behandlung hinderlich entgegen. Rivers hat daher in seinem Hospital bei manchen Kranken jegliches Gespräch zwischen Patient und Besucher, das neugierige Ausfragen über Krieg verboten. Für gedankliche Ablenkung wurde gesorgt. Einem Kranken allerdings war jene Repression nicht zuträglich; die Kriegsereignisse traten in den Träumen in Erinnerung und störten den Schlaf.

Wolfsohn (The Maudsley Extension, 4th London General Hospital, Denmark Hill) sprach über die Prädisposition bei Kriegsneurosen. Bei Verwundeten ist Kriegsneurose sehr selten. Die meisten Psychneurotiker waren neuro- oder psychopathisch belastet.

Mott sprach in der Harveian Gesellschaft in London am 15. Dezember 1917 über Kriegsneurosen, ohne Neues zu bringen.

B. Pierre hat in einem Vortrag in dem Yorkshirer Zweigverein der Brit. med. Assoc. von neuem auf die Notwendigkeit hingewiesen, der Behandlung von seelischen Erkrankungen in ihren frühesten Stadien dadurch eine Grundlage zu geben, daß die gesetzliche Anerkennung eines nicht genau begrenzbaren Zwischenstadiums zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit in den irrengesetzlichen Bestimmungen Ausdruck findet, und daß allgemein für Patienten, die sich freiwillig zur Behandlung in Anstalten melden, auch solche der ärmeren Volksschichten, Fürsorge getroffen werden müsse, bisher sei das nur in einzelnen Anstalten und Hospitälern ermöglicht.

Mercier meint, daß größere geistige Tätigkeit eine größere Aufnahme von Eiweiß in der Nahrung erfordere, wenn auch ein Idiot durch eine große Fleischportion noch kein Genie werde.

J. Lépine, Prof. der Psychiatrie in Lyon (Troubles mentaux de guerre. Paris 1917, Masson & Cie.) fand bei 6000 geisteskranken Soldaten, daß Alkoholismus in mehr als

einem Drittel der Fälle die alleinige Ursache war und in mehr als der Hälfte einen gewissen Anteil hatte. Im Gegensatz zu deutschen und russischen Psychiatern wird den hysterischen Seelenstörungen wenig Raum gewährt, wenigstens unter dieser Bezeichnung, sie werden bei den Verwirrtheitszuständen (confusional states) abgehandelt. Die akute Verwirrtheit setzt selten plötzlich ein, meist wird das Vorstadium übersehen. — Lépine berichtet auffallenderweise von typhoneurotischen Störungen nach Typhusschutzimpfung. — Simulation von Geistesstörung fand Lépine äußerst selten, da sie weder leicht durchführbar sei, noch zur Rückkehr ins bürgerliche Leben führe, vielmehr zur Internierung in der Irrenanstalt.

Die Erfahrungen über 5000 Schädel- und Hirnverletzungen aus der Salpêtrière in Paris teilen Chatelin und Martel mit (Masson & Cie., 1917). Es wurde die Lokalanästhesie (Novocain-Adrenalin) bevorzugt, da sie meist Operation in sitzender Stellung gestattet, die Blutung gering ist und und das postoperative Erbrechen fehlt. Der Kranke sitzt in einem besonderen Stuhl mit Kopfhalter. Weder Hammer noch Meißel werden benutzt, nur Perforator und Säge, um jede Erschütterung zu vermeiden.

Mayo-Robson (London) hat erfolgreiche Vereinigung traumatischer Rückenmarkdurchtrennung ausgeführt.

Marage beschreibt die physikalische Wirkung der Granatexplosion. Innerhalb der Entfernung von bis 60 Meter kann die Geschwindigkeit des Schalles 2000 Meter in der Sekunde erreichen, danach ist sie 333 Meter. In dieser Gefahrenzone von 60 Meter kommt es zu Druckwirkungen bis zu 200 Kilogramm auf den Quadratzentimeter, sie dauern aber nur ein bis zwei Hundertstel Sekunde; sie sind auch in dieser Zone nicht gleichförmig, es finden sich zwischen wirksamen Zonen tote Ausschnitte, und nicht gleichstark. Die seitlichen Kegel zeigen eine stärkere Wirkung als der vordere und hintere; daher zeigen nebeneinander stehende Soldaten so verschiedene Wirkung der Explosion am Zentralnervensystem. Während der letzteren wird das Blut plötzlich und mächtig zentral und daher auch nach dem Gehirn, das im Schädel nicht ausweichen kann, geschleudert, und der Tod würde immer die Folge sein, wenn die Kapillaren nicht Widerstand leisten würden.

Über sekundäre und Spätkomplikationen von Gehirnverletzungen wurden auf der 3. Konferenz der Chirurgen-Delegierten von Amerika, Belgien, Großbritannien, Frankreich, Italien, Japan, Portugal und Serbien, November 1917, eine Reihe von Schlußsätzen angenommen:

1. Obgleich Sekundärkomplikationen relativ häufig sind, sind späte viel seltener als angenommen wurde. 2. Organische Störungen (Lähmungen, Aphasie, Sehstörungen usw.) zeigen häufig Neigung zu Besserung; sie bedürfen neurologischer Behandlung. 3. Spätkrampfanfälle Jacksonschen Typus können durch Operation günstig beeinflußt werden (benefited) — Entfernung der Ursache der Kompression, von Fremdkörpern, Knochensplittern. Es ist nicht ratsam, auf Grund von ein oder zwei vereinzelten Anfällen zu operieren, denn sie können durch eine Enzephalitis bedingt sein, die ausheilen kann und auf die eine Operation keinen Einfluß hat. Krampfanfälle, ausgenommen wo Fremdkörper oder Knochenstück vorhanden ist, erfordern keinen neuen (fresh) chirurgischen Eingriff. Bei Überdruck der Zerebrospinalflüssigkeit sind Lumbalpunktionen, durch Manometer kontrolliert, nützlich. 4. Spätabszesse des Gehirns, sofern sie erkannt und von nichteitriger Enzephalitis unterschieden sind, sollten, nach genauer klinischer Lokalisation, durch Chirurg und Nervenarzt operiert werden. Nach Probepunktion und Vorbeugung gegen Zerreißung schützender Adhäsionen sollte der Abszeß geöffnet und seine Sterilisierung periodisch durch bakteriologische Untersuchung festgestellt werden. 5. Späte lokalisierte Meningitis und eingekapselte (encysted) Meningealabszesse sollten operiert werden. 6. Die gegenwärtige Behandlung der allgemeinen Meningitis ist gewöhnlich wirkungslos. Am wirk-

samsten scheinen wiederholte Lumbalpunktionen zu sein. 7. Gehirnhernien und Abszesse sollten operiert, der Abszeß dräniert werden. Besser ist es, um die mögliche Verbreitung der örtlichen Infektion zu verhindern, während des akuten Fieberstadiums, das in manchen Fällen von Gehirnhernie vorkommt, keine Lumbalpunktion zu machen. Wenn die anfänglich beobachteten Erscheinungen der Infektion geschwunden sind, können Lumbalpunktionen durch Verminderung des Druckes in der Schädelhöhle die Verkleinerung der Hernie begünstigen. Resektion ist nur angezeigt bei lokaler Nekrose oder Meningozele. 8. Fremdkörper im Gehirn, welche Anfälle von Enzephalitis, epileptische Anfälle oder Abszesse verursachen, sollten entfernt werden. Solche die gut ertragen werden, sollten, scheint es, sich selbst überlassen bleiben. 9. Kranioplastische Operationen („with an aesthetic object") sind besonders angezeigt bei Substanzverlust in der Stirngegend. Als Heilmethode sind sie nur berechtigt, wo der Schädeldefekt die einzige nachweisbare Ursache der Symptome ist. Die Möglichkeit der Schädelbeschädigung an der trepanierten Stelle kann späterhin Grund zu Operation sein. In jedem Fall sollte sich der Chirurg vergewissern, daß keine Gegenanzeige für die Operation vorliegt in irgendwelchen Nervenstörungen, chemischen oder physikalischen Veränderungen des Liquor cerebrospinalis oder Papillarstauung. 10. Die beste Vorbeugung gegen Komplikationen von Sekundär- oder Spätinfektionen ist methodische Desinfektion und primäre Sterilisierung des Wundherds im Gehirn.

Eine Versammlung von Nervenärzten und Psychiatern in Paris beschloß am 7. Juli 1917, daß Paralyse nur, wenn durch eingehende Feststellung Verschlimmerung durch Militärdienst nachgewiesen ist, mit 60 bis 80 v. H. Rente entschädigt wird. Epilepsie, wenn durch Trauma oder Infektionskrankheit der erste Anfall hervorgerufen wurde, mit 10 bis 80 v. H.

Referate.

Wenn bei sicher völliger Unterbrechung eines Ner-

— **Über die sekundären Erscheinungen nach Schußverletzungen peripherer Nerven.** Von K. Goldstein. Zeitschr. f. orthopädische Chir. Bd. 36 Heft 2-3.

ven gewisse Funktionen erhalten bleiben, kann es sich um Scheinbewegung (rein mechanisch bedingt) handeln, oder Eintreten eines anderen Muskels für den gelähmten, oder Anastomosen. Mit hysterischen Störungen dürfen nicht Gewohnheitslähmungen, d. h. falsche Innervation infolge organisch bedingter, längere Zeit vorhandener Unmöglichkeit zur richtigen Innervation, verwechselt werden. B.

Buchbesprechungen.

— Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. Herausgegeben von R. Sommer. Band X Heft II. Halle a. S. 1918, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Krieger: Prüfung der Merkfähigkeit bei seniler Demenz. Der Unterschied der Merkfähigkeit betrug bei der angewandten Prüfung bei Senilen und Normalen 52 v. H.

Siwinski: Experimentelle Untersuchungen über psychische Ermüdung in der Schule. Anwendung der Methode von Mikulski (Ausstreichen eines bestimmten Buchstaben auf einem nur mit Mitlauten bedruckten Blatte). Allgemeine Schlüsse werden noch nicht gezogen.

Sommer: Bericht über den Kurs der Elektro-Diagnostik und -Therapie vom 2. und 3. April 1917, besonders für militärärztliche Zwecke. Enthält 1. Sommer, Einleitung in die Elektromedizin, 2. König, Physikalische Grundlagen der Elektromedizin, 3. Elbs, Elektrochemische Wirkungen des Gleichstroms, 4. Sommer, Indikationen zur elektromedizinischen Behandlung auf dem Boden der Differentialdiagnostik, 5. Berliner, Übersicht über die verschiedenen Formen der Funktionsschädigung der peripheren Nerven.

Es empfiehlt sich, diese Vorträge in der „Klinik" selbst nachzulesen. B.

Personalnachrichten.

— **Wien.** Geh. Hofrat Prof. Dr. Obersteiner wurde vom Deutschen Verein für Psychiatrie zum Ehrenmitglied ernannt.

Berichtigung.

Auf S. 53 muß bei dem Referat „Über die Abnahme des Alkoholismus" zugefügt werden: Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bonhöffer, Berlin, Psychiatrische Klinik.

Neberts Kriegs-Frontenkarte von allen Kriegsschauplätzen (Louis Neberts Verlag, Halle a. S., Töpferplan 3) ist auch in der gegenwärtigen bewegten Zeit ein bewährter Begleiter beim Lesen der Heeresberichte und sonstigen Mitteilungen vom Kriegsschauplatz. Der Preis der jedesmaligen Ausgabe beträgt nur 90 Pf. Sie sei bestens empfohlen. B.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. Nr. 13/14. 1918/19.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 13/14. 6. Juli. **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Morde und Mörder. (II. Teil.)

Von Dr. H. **Reukauff,** z. Z. Colditz i. Sa., früher Waldheim.

(Fortsetzung).

So einfach ist es nicht, die Feststellung der Anteilnahme des Einzelnen an einer nun gewiß gemeinsamen Tat nachträglich vorzunehmen; abgesehen davon, daß oft genug das unschöne Bild gegenseitiger Belastung bei Verbrechern die Untersuchung außerordentlich erschwert, wird auch aus dem objektiven Tatbestande heraus der Rückschluß auf die Beteiligung der verschiedenen Personen oft unmöglich.

Wo es sich um Affekthandlungen, Raufhändel mit tödlichem Ausgange und dergleichen handelt, wird, zumal wenn Alkoholabusus stattgefunden hat, dies wechselseitige Zuschieben des Todesmomentes ja noch verständlich erscheinen können, bei den Morden, von denen wir jetzt sprechen, wird den Beteiligten das eigene Schuldmaß nicht fast immer genügend bekannt sein.

Aber auch hier ist der Lebenswille neben dem Triebe, dem Richter Rätsel aufzugeben und die Sache nicht so leicht zu machen, oft noch der Vater der Lüge, selbst wo das Geständnis des anderen schon vorliegt.

Und selbst da, wo der eine oder der andere der Täter an psychischen Defekten leidet, welche ihn für die Schuldfrage nach menschlichem Ermessen ausscheiden lassen, kann dieser sowohl Urheber des Planes und treibende Kraft oder Haupttäter sein als ein mehr oder weniger gefügiges Werkzeug in der Hand des anderen.

Fall IX.

Als solch letzterer stellt sich der hier internierte Schweizer Sch. hin. Mag er Ihnen hier einmal seine Begründung dafür vorbringen. Vorausgeschickt sei nur, daß Sch. zur Zeit der Tat zirka 22 Jahre alt war (sein Komplize S. zählte + Jahre), stark stottert und 1910 infolge seines Zungenfehlers am Fortkommen behindert, sich in Leipzig in melancholischem Zustande befunden haben will. Hier habe er S. kennen gelernt, der ihn wegen seiner Unbeholfenheit, nicht nur im Sprechen, ausgelacht und ihn dann überredet habe, wenn man ihm den Erwerb so schwer mache, nun doch auf andere Art sich schadlos zu halten. Er habe bei einer Witwe E. gearbeitet, die Geld habe; das könnten sie sich leicht holen, wenn Sch. nur etwas Courage habe. Sie hätten dann auch versucht, in einer Nacht bei der genannten Witwe einzubrechen, aber der Nachtwächter habe sie bemerkt. S. habe trotzdem einsteigen wollen, er habe ihm aber abgeraten. Erst in der nächsten Nacht seien sie dann eingebrochen. Er will dabei unter dem Einflusse des S. gestanden haben. „Da S. die Witwe kannte, mußte dieser sich bei der Ausführung des Einbruches hüten, in den Gesichtskreis der Witwe zu kommen, da aber nun S. auch mit der Möglichkeit der Wehrlosmachung der Witwe E. schon auf dem Wege zum Tatorte rechnete, mußte ich sein Werkzeug, die „Wehrlosmachung", wenigstens den Anfang derselben — ausführen. — Nicht ich, sondern S. sah die Witwe, die in ihrem Bette lag zusammenschrecken, — während ich auf S.s Befehl im Nachttisch der Witwe nach Schlüsseln suchte,

konnte ich das Zusammenschrecken des S., der Sein Augenmerk „ausschließlich" auf die Wittwe gerichtet hatte, beobachten konnte, nicht gesehen haben." S. sagte, als er das „zusammenschrecken" der Witwe wahrgenommen hatte — was er in seinem Interesse als Folgeerscheinung seiner Wahrnehmung sozusagen — zu sagen sich veranlaßt fühlte —: „Fasse Sie am Hals" — ich konnte nichts anderes tun — darauf gab mir S. ohne mein Verlangen — „Sein Taschentuch", mit dem Befehl: „Stecke es im Mund!" — ich tat es willenlos! — S. hielt der Wittwe beide Hände indem er hinter mir, neben der Wittwe Ihrem Bett gebeugt, vor der Wittwe Augen, in gedeckter Stellung stand — S. bestreitet dieses, wie er alles vorhergehende auch leugnet—"

Ich konnte der Wittwe S. Taschentuch unmöglich allein in deren Mund stecken; da die Wittwe mir, mit Ihren beiden Händen, meine beiden Handgelenke „energisch" umklammert hatte — und hielt!

S. hatte mir — trotz seines Leugnens — meine Handgelenke aus den Händen der Wittwe befreit; um so den Weg zu bahnen, das ich seinen Befehl, der Wittwe „Sein Taschentuch" in deren Mund zu stecken, nachkommen konnte.

Auch bei dem Händefesseln der Witwe mit dem Rolladengurt, den ich auf S.s Geheiß im Kino abgeschnitten hatte und den S. zur Fesselung des Nachtschutzmannes in P. haben wollte, half S. wiederum, indem er ohne weiteres den Gurt, den ich in meiner Rocktasche trug, herauszog und damit kreuzweise der Wittwe deren Handgelenke, die ich halten mußte, band; dann den Gurt unter den rechten Oberschenkel der Wittwe durchzog und an demselben anband. — „Wenn ich dies in der Untersuchungshaft und in der Hauptverhandlung anders darstellte, so bemerke ich, das ich unter den mir schädlichen Zwange meiner damaligen Umgebung, manches anders sagte, was nicht der Wahrheit entsprach —; womit ich mir lediglich selbst beschuldigte."

Wenn auch S. zur zwei — wie zur ersten Hälfte der „Wehrlosmachung" Beihilfe geleistet hat, was S. nicht ableugnen kann —, — ich konnte unmöglich allein mit meinen beiden Händen gegen den Mund und den Händen der Wittwe ankämpfen; selbst wenn mir dieses möglich geworden wäre, mußte doch die Wittwe, wie es S. haben wollte, gefesselt werden —; so hat auch S. mir als treibende Kraft den Anfang der „Wehrlosmachung befohlen, um damit einerseits den Hilferuf der Wittwe zu hindern, andererseits, mir — wie schon erwähnt — als Deckung gegen die Augen der Wittwe benutzte.

Wenn man ferner die Befehle oder Theoretische Anleitung, die mir S. zur „Wehrlosmachung" gab: „Fasse Sie am Hals!" „Steck Ihr das Taschentuch in den Mund;" Halte Ihr die Hände fest" mit dem praktischen, tätlichen Angriff, den sich S. an seinem Oberschweizer bezw. Kuhmeister F., in P. bei Leipzig schuldig gemacht hat — indem S. böswillig seinen Arbeitgeber zu Boden warf und, am Halse würgt —, eingehend vergleicht, — so wird man finden, das Theorie und Praxis „des am Hals fassen und würgen bei zwei verschiedenen Personen „identisch" sind —; daher auch nur von „einer" Person herrühren könnten, müßte die in der „Wehrlosmachungskunst" von Menschen, eine dem Zweck erreichende Erfahrung besitzt —; wie der Vergleich ergibt, ist die fragliche Person in Schw. zu finden. — Wenn nun im vorhergehenden die anscheinende Glaubwürdigkeit erbracht worden ist, das die Theorie, die mir Schw. zur „Wehrlosmachung" der Wittwe gab, — das am Hals fassen —, von Schw. „Wehrlosmachungskunst" herrührt; so ist es mehr als wahrscheinlich, daß auch die weitere Theorie: „Steck ihr das Taschentuch in den Mund," „halte ihr die Hände fest;" — wie es mir Schw. befahl —, nicht nur von Schw. herrührt, sondern das auch Schw. die ganze praktische Handlungsweise der „Rolladengurtfesselung" an der Wittwe ausgeführt hat; während ich zu einer derartigen niedrigen Handlung einerseits „zu dumm" war, anderseits mir der nötige Wille und die Kraft gefehlt hat, eine solche Handlung aus eigenen Antriebe auszuführen. —"

Im Verlauf der Eingabe bestreitet er dann „nach wie vor", daß er S. den Befehl gegeben habe, der Witwe E. das Kopfkissen, mit dem sie erstickt wurde, über den Kopf zu decken, denn ihm hätte es gleichgültig sein können, ob die Witwe ihn gesehen habe, S. aber nicht. Vielmehr schildert er den weiteren Verlauf so:

„Als die Wittwe wehrlos gemacht worden war, begab sich Schw. und ich aus dem Schlafzimmer in deren Wohnzimmer (nebenan liegend) und suchten dort etwa ½ Stunde nach Geld. — Auf einmal hörte Schw. die Wittwe husten und befahl mir, einmal nachzusehen, was ich auch tat. — — Als ich nun zum Schlafzimmer ging, folgte Schw. dicht hinter mir. Das ich der Wittwe nach Behauptung Schw. das Taschentuch in deren Mund nachgesteckt hätte, ist Irrtum. — — Vielmehr steckte Schw. — was dieser leugnet — seinen Kopf bez. sein Gesicht zuweit vor, und da das Licht der Lampe auf sein Angesicht fiel, mußte ihn die Wittwe erkannt haben, denn die Wittwe sowohl, wie Schw. selbst zucken merklich zusammen. Schw. wurde bleich und

äußerte: „Die hat mich jetzt gesehen, ich bin schon verraten!" Darauf besann sich Schw. einen Augenblick und befahl mir: „Decke ihr das Kopfkissen auf die Augen, damit sie mich nicht noch einmal sieht!" — Schw. befahl mir dann, das Geld im Schlafzimmer zu suchen, was ich auch tat. Das sich Schw. als ihm die Wittwe gesehen hatte, entfernen wollte, und ich ihm (nach meiner damaligen Aussage) daran gehindert hätte, ist Unsinn! Ich hatte keinen Willen in irgendwelcher Art, in den Interessen Schw. hineinreden."

Des weiteren wendet er sich nun gegen den Vorwurf, daß er dem Untersuchungsrichter zuviel Schwierigkeiten gemacht habe; er hält den Staatsanwalt für zu seinen Ungunsten beeinflußt, beklagt sich, daß S.s Aussage mehr Gewicht beigelegt worden sei als seiner „Universalzeugenaussage" und setzt auseinander, daß er infolge eines „krankhaften Dämmerzustandes" nicht sprechen konnte.

Diese Eingabe, welche einen Teil seiner Rechtfertigungsschriften zur Wiederaufnahme seines Verfahrens bildet, ist nach mehr wie einer Richtung interessant. Einmal bekundet sie eine umständlich-eintönige Darstellungsweise, die besonders durch Interpunktionen auffällt, die ganz zwecklos erscheinen, aber sehr charakteristisch sind: hält man beim Lesen bei den Kommatas kürzere Zeit, bei den Gedankenstrichen länger an, so bekommt man ein ungefähres Bild der Sprechweise Sch.s, die abgesehen von langsamem monotonem Wortfall und Initialstottern abgerissen und schwerfällig ist.

Dann gibt uns diese Niederschrift ein hübsches Bild dafür, wie genau sich in der Haft der Verurteilte oft die „entlastenden Kleinigkeiten" zusammenkonstruiert, das Schwergewicht der Tat dabei ganz aus den Augen verlierend und — wie er in der Häufung der Momente sein Heil sucht — mitunter in kritiklosester Weise.

Charakteristisch ist auch, wie peinlich er den Ausdruck „Mord" vermeidet, selbst bei seinem Komplizen.

Es ist bei Sch. nicht soweit gekommen, daß er sich unschuldig glaubt, wohl aber glaubt er sich ungerecht beurteilt und zu schwer bestraft.

Dies versucht er auch noch auf andere Weise in seinem „Lebenslauf" darzulegen, von dem ich hier ein paar kurze charakteristische Abschnitte wiedergebe:

„Im 2ten oder 3ten Lebensjahre bin ich laut Erzählung meiner Mutter Rosalie Sch. geb. Hirt, von einem Stuhle herunter auf die obere Stirn gestürzt; ich soll darauf die Besinnung verloren und in diesem Zustand 2 volle Tage und Nächte verbracht haben. Mir ist es nicht bekannt, ob meine Eltern damals einen Arzt zu Rate gezogen, vielleicht erlaubten dieses die Mittel nicht. Als ich wieder zu mir kam, soll meine Zunge so krampfhaft und meine Augen so irr und verwirrt gewesen sein; ferner soll ich eine krankhafte Angst bekundet haben, die sich durch ununterbrochenes heftiges Schreien Luft machte, und worauf ich dann in einen stumpfen Dämmerzustand verfiel. Außer diesen Anzeichen, die zeitweise mir jetzt noch heimsuchen, war es das krampfhafte Sprechen, das bei dem Unfall seinen Anfang nahm; begleitet mit von oben nach unten ziehenden Stiche im Gehirn, die mir Wahngebilde meist trüber trauriger Art vorspiegeln. In der Schule hatte ich schon mit diesen Zuständen unsagbar zu kämpfen. Zeitweise, wenn ich freundlich und nachsichtig behandelt wurde, begriff ich die Aufgaben der Schule ziemlich gut; das Gegenteil trat aber ein, wie oben beschrieben, wenn ich zu etwas gezwungen wurde. Demzufolge kam ich in der Schule nicht vorwärts; und verfiel durch schlechte Kameraden, die mir freundlicher waren wie die Lehrer der Schule, (Schulärzte gab es meinerseits noch nicht) mehr zum Bösen als zum Guten; indem sie mir (mir selbst unbewußt) zum Werkzeug ihrer bösen Neigungen und zu unverschämten Behauptungen griffen um mir vor Gericht als Hauptschuldigen hinzustellen. Um diesen Spiele ein Ende zu machen, gab mir mein Vater mit 4 Jahren in das Waisenhaus Moabit, Thurmstraße 56, wo ich ¾ Jahr verblieb und wieder zu Hause kam. Im Zwange dieser Anstalt einerseits, und meinen geistigen Defect anderseits wurde mein Gehirn derart überstrengt, das ich, als ich wieder mit den früheren schlechten Kameraden zusammen kam, wieder zu ihrem willenlosen Werkzeug wurde. Ich konnte mich dem nicht wehren, weil ich keinen Willen hatte, und selbst dann, wenn ich den Willen gehabt hätte, mir die nötige Kraft fehlte, denselben zur Geltung zu bringen. So fiel ich, infolge meiner Krankheit und Verführung durch Andere, schon früh dem Verbrechen in die Arme, und wurde schon mit 12 Jahren zu einer Gefängnisstrafe von ½ Jahre wegen versuchten Straßenraubes (veranlaßt durch andere) verurteilt. In dieser frühen, jugendlichen Strafe, wo ich mich in Einzelhaft befand, wurde meine Verfassung schlechter statt besser. Ich wurde auch hier von keinem Arzt untersucht; und da ich mich in der Verhandlung in jenem Dämmerzustand befand, konnte ich mir auf die unbegründeten unverschämten Anschuldigungen der Mitangeklagten nicht verteidigen. Ich sollte und wollte auch Schlosser lernen, aber da mich der Meister

nur ausbeutete, an stelle mir etwas zu lernen, wozu ich auch beschränkt war, ich weiß es selber nicht, kurz, er schickte mich fast alle Tage mit einem Handwagen voll fertiger Schlosserarbeiten nach den verschiedenen Neubauten, von wo ich denn von früh bis spät abends unterwegs war; da ich unter solchen Verhältnissen nichts lernen konnte und mir auch das Talent mangelte, nahm mich mein Vater wieder aus der Lehre. Ich war jetzt wieder ein Mensch ohne Ziel und Halt; am wohlsten fühlte ich mich zu Hause bei meinen Eltern. Da aber das Verdienst meines Vaters nicht ausreichte, mußte ich mit verdienen helfen. Ich arbeitete alles; aber nur so, das ich den eigentlichen Sinn der Arbeit selbst nicht verstand. Dann kam ich auch wieder mit alten Kameraden zusammen, wo wieder das alte Leiden begann, und ich wieder zu 2 Einbruchdiebstählen verleitet wurde. In der Verhandlung darüber wurde mir wieder weder Arzt noch Verteidiger gestellt, und da ich mich in denselben Dämmerzustand befand wie oben erwähnt, fehlte mir der Wille, die richtigen Schuldigen anzugeben, die, als ich festgenommen wurde, fortliefen. Ich schwieg stumpfsinnig, mußte schweigen, da mir die Kraft fehlte, mich zu äußern. Die Richter sahen in mir den verstockten Verbrecher, nicht den Kranken, der infolge des geistigen Defects fremder verbrecherischer Einflüsse leicht zugänglich ist. Ich wurde mit 5 Monaten Gefängnis verurteilt, wurde aber später wegen guter Führung begnadigt."

Davon, daß Sch. nur bis zum neunten Lebensjahre im Elternhause bleiben konnte, dann in verschiedenen Erziehungsanstalten untergebracht war, erst Maurer, dann Schlosser werden wollte, aber nirgends recht aushielt, daß er bereits im Alter von 12 Jahren wegen versuchten schweren Raubes, 1903 und 1904 wegen Diebstahls dreimal mit Gefängnis bestraft wurde, davon steht in diesem Lebenslaufe nichts.

Auch hier dreht sich alles um ihn entlastende Momente, dort um die Statistenrolle und die voreingenommenen Richter, hier um den Unfall und daraus resultierende Willenlosigkeit und Dämmerzustand.

In einem gleichen stumpfen Dämmerzustand will sich Sch. auch während der Verhandlung befunden haben, so daß er teils derselben nicht folgen konnte, teils in mechanischer Weise geantwortet — oder auch geschwiegen habe und zu eigenen ungünstigen Aussagen einen ungünstigen Eindruck gefügt habe.

Mit alledem kommt er mehr und mehr im Laufe der Haft heraus — zunächst konnte der ihn begutachtende Psychiater nur feststellen, daß von einem erheblichen Grade von Schwachsinn bei ihm nicht gesprochen werden könne, man im Gegenteil, abgesehen von gewisser Unbeholfenheit, erstaunt sein könne, bei einem Stallknecht eine so gute Ausdrucksweise zu finden, daß er an einem Mangel ethischer Gefühle leide, der als Verbrechercharakter angesprochen werden könne, aber damit durchaus noch nicht den Schutz des § 51 bedinge und daß sein Stottern wohl gewürdigt werden müsse, wahrscheinlich auch seinen Lebensgang ungünstig beeinflußt habe, dennoch aber ihn weder in seiner Verteidigung behindert habe (auch nicht in der Hauptverhandlung), noch an und für sich von solchem Gewicht sei, daß es den Schutz des § 51 notwendig bedinge. Es gäbe viele geistig und sittlich einwandfreie Stotterer; zweisprachige Individuen stotterten sogar gelegentlich nur in einer Sprache.

Sch. sei ein degenerativ veranlagter Mensch, der aber für seine Straftat verantwortlich bleibe.

Das Urteil lautete dann auch auf lebenslängliche Zuchthausstrafe.

Schon bei der Einlieferung erschien Sch. verdächtig, und bald brachte er allerlei körperliche Klagen und Beschwerden vor. Dann entwickelte sich allmählich eine Haftpsychose, die nach etwa einjähriger Strafverbüßung so weit gereift war, daß er seine Sache noch nicht für abgeschlossen hielt und die Bausteine für seine Revisionsschriften zurecht gemeißelt hatte.

Aus dieser Zeit stammen die angezogenen Schriftstücke.

Natürlich fehlten auch bei ihm im Zuchthause die terminalen Erregungszustände nicht, als er seine Eingaben nicht genügend gewürdigt sah, und es traten neben Gewalttätigkeiten und Stimmenhören auch affektloser Stupor auf.

Auch in der Anstalt behielt er lange Zeit das gleiche Wesen bei; er war oft abweisend zu Mitkranken und Personal, ging stumm mit finsteren Blicken herum, beschäftigte sich nicht regelmäßig und geriet über Kleinigkeiten in Erregung.

Dann wieder war er wohl zugänglicher und fleißiger, kam aber auch mehr mit Klagen und verfaßte Eingaben und Rechtfertigungsschriften.

Im großen ganzen ist er ein unheimlicher Mensch geblieben, der verschlossen und finster gern komplottiert und der besondere Vorsicht nötig macht — so harmlos er tun kann. Seine Zurückbehaltung erklärt er immer als eine Art Zwangszustand.

Einige Zeit beschäftigte er sich viel mit dem Zeichnen von Maschinen oder fertigte seltsame Abhandlungen über ihm ganz fernliegende Dinge an, wobei er sich gern aus zusammengelesenen Rede-

wendungen und Problemen einen wissenschaftlichen Anstrich gab.

So schrieb er z. B. über die Ursache und Verhütung der Seekrankheit, erfand einen Apparat zum Stillen der Kinder u. dgl. m.

Von diesen Erfindungen versprach er sich sehr viel.

In letzter Zeit hat er nichts mehr dergleichen vorgewiesen.

Seine Intelligenz weist dabei neben ganz guten Einzelheiten breite Lücken in den elementarsten Gebieten auf, sein Kombinationsvermögen ist schwach, seine Auffassung erscheint verlangsamter — als sie es ist durch die unverkennbare Hemmung, die nach einer Reihe von Fragen bei ihm gewollt oder ungewollt auftritt.

Seine Willensenergie läßt sich im Rahmen der Anstalt ja wenig prüfen, eine auffallende Willenlosigkeit ist aber jedenfalls nicht aufgetreten.

Seine ethischen Gefühle endlich zeigt er eigentlich nur in Briefen an seine Angehörigen, wo er sich in schwülstigem Tone und phrasenhafter Leere in Anklagen, Selbstanklagen und Beteuerungen ergeht, die eine wirklich überflüssige Wertschätzung und Verkennung der Sachlage verraten. Manchmal gefällt er sich dabei in gesuchtesten Gedankenmonotonien. So schreibt er z. B. Ende 1913 als Neujahrsbrief an seine Eltern und Geschwister u. a.: „Des Lebens köstlichste Gabe ist Heiterkeit; das ist mir zur Gewißheit geworden; mein tägliches Brot, mein lachender Sonnenschein in schwarzer, gewitterschwerer Nacht meines Daseins. Neckisch und lachend bricht sich die Heiterkeit Bahn, wenn in kritisch verstimmten Stunden die grollende, herbe Bitterkeit mein Gemüt zu verschleiern droht. Ich denke dann an Euch, an Eure Heiterkeit in betrübten Stunden, an Eure kleinen und großen Hoffnungen und fühle mich glücklich. Ich sage Euch, meine lieben Eltern, meinen herzlichsten Dank für das schöne Geschenk Heiterkeit! das ihr mir als unvergängliches Kleinod in die Wiege gelegt habt. — Heiterkeit ist der Anker meines Lebensschiffes" usw.

Abgesehen davon, daß es nicht wahr ist, daß Sch. ein finsterer Geselle ist und war — abgesehen davon, daß ihm ernste Überlegung ein sicherer Anker gewesen wäre, das Kleben an dem Wort Heiterkeit ist auffallend, hier ebenso auffallend wie der ständig wiederkehrende Ausdruck „Wehrlosmachung" in seinem Mordbericht.

Immerhin — es klingt nach etwas!

Und darauf legt Sch. viel Gewicht; er spricht gewählt und kleidet sich peinlich sauber, bemüht sich, eine gemessene ruhige Überlegenheit zu zeigen und hält sich vornehm zurück.

Möglich ist ja, daß dies alles einem innerlichen Schwächegefühl als Attrappe dienen soll — aussehen tut es danach nicht.

Daß er bei dem gemeinsamen Morde so ganz „Objekt" in der Hand des anderen gewesen ist, das glaube ich ihm nicht.

Jedenfalls zeigt er, wenn er einmal mit anderen Kranken kollidiert, gerade genügend Temperament; doch ist dies seit längerer Zeit nicht mehr vorgekommen, da er seine Entlassung anstrebt.

Um nun noch den körperlichen Befund Sch.s zu erwähnen, so zeigte er neben starkem Tremor der Zunge lebhafte Rachenreflexe; sonst aber keine nennenswerten Innervationsstörungen, bis auf eine starke Herabsetzung der Schmerzempfindung. Auch Berührungen werden nur bei stärkerem Druck bemerkt, schlecht lokalisiert und differenziert.

Auffallend war aber der Unterschied zwischen seinem Aussehen in besserem Anzuge und sorgfältig gepflegtem Bartwuchs und dem in seiner Arbeitsjacke und verschnittenem Bart.

Leider kann ich Ihnen die Bilder hier nicht vorführen, aber habe ich je ein „Mördergesicht" gesehen, Sch. hat es. Der breite wulstige Mund, knochige Kiefer, breite Backenknochen und Nase, ein finsterer stechender Blick — kurz eine Galgenphysiognomie, wenn man den Ausdruck überhaupt gebrauchen darf.

Gut gekleidet und frisiert aber bleibt wenig davon übrig. Er sieht im Gegenteil recht gut aus, nur der mißtrauisch stechende Blick bleibt ihm.

(Fortsetzung folgt.)

Irrensachen — Eilsachen.

Von Dr. **J. Bresler.**

§ 4 Abs. 1 der Königlich Sächsischen „Verordnung zur Ausführung des Gesetzes über die Anstaltsfürsorge an Geisteskranken vom 12. November 1912" (siehe diese Zeitschr. XV, S. 418) lautet: „Die Beschwerden an die Kreishauptmannschaften sind Eilsachen."

Es handelt sich um Beschwerde über die Aufnahme in eine Irrenanstalt.

Diese Bestimmung ist einer durchaus richtigen Auffassung des Gegenstandes entsprungen, die jedoch nicht bloß im Fall der Beschwerde bezeichneter Art zur Geltung kommen, sondern für die Erledigung mancher anderer rechtlicher und geschäftlicher Angelegenheiten in der Irrenfürsorge maßgebend und wirksam werden sollte.

Eine Umgrenzung dieser Angelegenheiten ist nicht möglich. Zweckmäßig wäre vielleicht eine zusätzliche Anordnung, daß die von den Irrenanstaltsleitungen mit „Eilsachen" bezeichneten Gesuche und Ersuchen als solche behandelt, d. h. sofort erledigt, im Falle der Behinderung aber die Gründe der letzteren angegeben werden müßten.

Nehmen wir den Fall der Entlassung.

Die Sache liegt nicht immer so, daß man einwenden kann: Soll die Erledigung bis zu einem bestimmten Termin stattgefunden haben, so muß Gesuch oder Ersuchen rechtzeitig abgesandt werden.

Freilich kann die Abwicklung sich auch dann verzögern, wenn die Sache als eilige bezeichnet worden ist.

Wenn die Beschwerde über eine angeblich zu Unrecht erfolgte Internierung mit Recht als etwas Eiliges gilt, so ist es nicht minder jeder Schriftwechsel, der die Entlassung bewirken soll. Die Zurückhaltung in der Anstalt über den vom Arzt für die Entlassung in Aussicht genommenen Termin hinaus ist ja unter Umständen auch eine Freiheitsberaubung; und wenn sie selbst subjektiv dies nicht ist, weil der Genesene oder der nicht mehr einer Anstaltsverwahrung Bedürftige mit dem Verzug der Abreise oder Abholung einverstanden oder dadurch in seinem Freiheitsrecht und -gefühl nicht geschädigt ist, so bedeutet sie doch eine finanzielle Benachteiligung des Trägers der Verpflegungskosten.

Mit der Beschleunigung soll natürlich nicht eine oberflächliche, übereilte, unzulängliche Erledigung verbunden sein. Diese Gefahr besteht. Die Wiederaufnahme des Genesenen in die Familie will manchmal recht sorgfältig vorbereitet sein; das liegt auch oft im Interesse des Genesenen oder Gebesserten.

Der preuß. Min.-Erl. vom 15. Juni 1901 setzt eine Frist von drei Wochen für Äußerung der Polizeibehörde zur Entlassung gefährlicher Geisteskranker. Diese Frist ist lang, für solche Fälle jedoch durchaus angemessen. Ich führe diese Befristung aber nur an als Hinweis darauf, daß eine Fristvorschrift bei Erledigung von Entlassungsverhandlungen kein Novum darstellen würde. Sie ist übrigens, in so starrer Vorschrift, für eine Verallgemeinerung gar nicht einmal zu empfehlen.

Was not tut, ist die Vorschrift der Beschleunigung des Geschäftsganges an sich.

Die nähere Begründung einer Behinderung eiliger Erledigung ist bei der Wichtigkeit der Sache kein unbilliges Verlangen. [Ein, allerdings abseits liegendes, aber uns Ärzten geläufig bekanntes Seitenstück anzuführen, sei gestattet: Wenn wir mehr als den Mindestsatz einer Gebühr für Sachverständigentätigkeit beanspruchen, also nicht etwa bloß ein gewisses Mehrfaches, sondern z. B. „für eine Akteneinsicht" 1,60 M statt 1,50 M, so ist dies (Preuß. Gesetz vom 14. Juli 1909) von uns „unter Angabe der besonderen[1]) Umstände des einzelnen Falles näher[1]) zu begründen"!]

Der Fall der Entlassung ist nur einer unter manchen anderen. Ein anderer ist z. B. die Ermittlung von Angehörigen, die Einholung der Zustimmung zu plötzlich nötig gewordenen chirurgischen Eingriffen usw., Ersuchen um Feststellungen, welche dem Nachweis der Geisteskrankheit in zweifelhaften Fällen dienen sollen usw.

---

[1]) Nur hier gesperrt gedruckt.

Ludwig Edinger †.

Dem am 26. Januar 1918, nicht ganz 63 Jahre alt, Heimgegangenen widmete die ärztliche Mitwelt anerkennende warmherzige Nachrufe. So G. L. Dreyfus in Frankfurt a. M. in M. m. W. vom 5. März 1918. Edingers Lebenswerk, das Frankfurter Neurologische Institut, ist, wie überhaupt seine Arbeiten, aus eigener Kraft und unter oft schwierigsten Verhältnissen entstanden; abseits von der häufig so vieles ebnenden Hochschule mußte er sich seinen Weg bahnen. Erst vor kurzem wurde er Lehrer an einer solchen, der Frankfurter Universität. Edinger war am 13. April 1855 in Worms geboren. 1883 ließ er sich in Frankfurt a. M. als Nervenarzt nieder. Winter 1843-84 hielt er vor praktischen Ärzten Vorlesungen über den Bau der nervösen Zentralorgane, die 1885 in Buchform erschienen und später ein Meisterbuch über Hirnanatomie

wurden und, in zahlreiche Sprachen übersetzt, den Verfasser weltbekannt machten. Ferner veröffentlichte er 1909 die leichtfaßliche „Einführung in die Lehre vom Bau und den Verrichtungen des Nervensystems", Arbeiten über das von ihm so benannte Palaeenzephalon, das Althirn (Kleinhirn, verlängertes Mark, Brücke, Mittel-, Zwischen- und Vorderhirn), Physiologie des Zentralnervensystems im Handwörterbuch der Naturwissenschaften 1913, psychologische und tierpsychologische Aufsätze, Arbeiten über Unfallneurosen, Polyneuritis, Kopfschmerz, über Aufbrauch der Nerven („Aufbrauchtheorie"), Wandtafeln des Neurologischen Instituts, Chronik des Neurologischen Instituts, das sich unter seiner Leitung immer weiter vergrößerte und von Ärzten aus allen Kulturländern besucht und benützt wurde, während des Krieges Arbeiten über Nervenverletzungen und Nervennähte und -überbrückungen und Neubildung durchtrennter Nerven. Er konstruierte auch ein Zeiger-Doppelokular, ein Hirnmakrotom und einen Apparat zum Zeichnen und Projizieren. Einen erheblichen Teil seines Vermögens gab er hin, um der speziellen neurologischen Forschungsrichtung, die sein Lebenswerk bedeutete, eine dauernde Heimstätte im Rahmen der Frankfurter Universität zu geben. Seine anatomischen und histologischen Sammlungen sind in ihrer Reichhaltigkeit und Vielgestaltigkeit einzig. Auch diese Zeitschrift bedauert schmerzlichst den viel zu frühen Heimgang Edingers.

B.

Mitteilungen.

— Aus äußeren Gründen verhindert, vor Jahren begonnene vorbereitende Studien über **Heranziehung des Geruchssinns von Tieren zur Diagnostik** fortzusetzen und auch jetzt noch nicht in der Lage, den Plan aufzunehmen, möchte ich andernorts empfehlen, der Frage näher zu treten, ob Tiere mit besonders feinem Geruch die Ausdünstungen von Kranken mit gewissen Leiden zu unterscheiden vermögen und ob sich dieses im allgemeinen sicher als bestehend vorauszusetzende Vermögen für die Diagnostik verwenden läßt. Es ist bekannt, daß Fliegen sich mit Vorliebe auf Dementia-präcox-Kranke setzen. Daß manche Menschen von gewissen Insekten verschont bleiben, setzt nicht nur bei jenen eigenartige Säfte und Ausdünstungen voraus, sondern ebenso besonderes Unterscheidungsvermögen der Tiere.

Es kommen nicht nur Insekten in Betracht, sondern wegen der Dressierbarkeit in erster Linie auch Hunde und bezüglich Ausdünstung Haut, Schleimhaut, Atmungs-, Verdauungs- und Harnwege.

Für Veröffentlichung der dort gemachten experimentellen und klinischen Beobachtungen in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift wäre ich sehr verbunden.

Den 13. Juni 1918. Dr. Bresler.

— **Die Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie** in München ist am 1. April eröffnet worden. Direktor ist Geh. Rat Kraepelin, der gleichzeitig der Direktor der Psychiatr. Klinik bleibt. Abteilungsvorsteher sind: Prof. Nissl (bisher Direktor der Psychiatr. Klinik in Heidelberg) für die Histopathologische Abteilung, Prof. Brodmann (bisher in Tübingen) für die Topographische Rindenhistologie, Prof. Plaut (München) für die Serologische Abteilung, Prof. Spielmeyer (München) für die Pathologisch-anatomische und Prof. Rüdin (München) für die Demographisch-genealogische Abteilung.

— **Zur Alkoholfrage.** H. Schulz hat im pharmakologischen Institut der Universität Greifswald folgende für die Sicherheit des Signalbetriebs im Verkehr wichtige Untersuchungen angestellt: 1. Über den Einfluß des Alkohols auf das Farbensehen (Arch. f. d. ges. Phys. 1916 Bd. 164), 2. Über den Einfluß Alkohol und Koffein enthaltender Genußmittel auf das Rot- und Grünsehen (ebenda 1917 Bd. 166), 3. Vermag ein geringes Quantum Alkohol, in Gestalt von Bier aufgenommen, die Wahrnehmung eines kurzfristigen Signals zu beeinflussen? (ebenda 1917 Bd. 168). Es ergab sich, daß schon verhältnismäßig geringe Mengen Alkohol bei dazu veranlagten Personen eine deutliche Abnahme der Unterscheidungsfähigkeit von Hell und Dunkel bei Grün und Rot herbeiführen, während der Kaffee diese Fähigkeit sehr deutlich steigert, und zwar ist dies nicht durch das Koffein bedingt, sondern von dem Gehalt an eigenartigen Röstprodukten. In 13 v. H. der untersuchten Fälle hat bereits eine verhältnismäßig geringe Menge Alkohol, in Gestalt von einem Viertelliter Bier aufgenommen, nachweisbar das Erkennungsvermögen für ein kurzfristiges Signal herbeigeführt.

B.

Referate.

— **Gutachten der Wiener mediz. Fakultät betreffend Dr. Friedrich Adler.** Von Prof. Wagner v. Jauregg. Wien. klin. Wochenschr. 1917 Nr. 37.

Über den bekannten Attentäter Adler, der am 21. Oktober 1916 den Ministerpräsidenten Grafen Stürgkh ermordet hat, kommt Prof. Wagner v. Jauregg als Referent der mediz. Fakultät zu folgendem Ergebnis:

Dr. Friedrich Adler ist ein schwer hereditär- psychopathisch veranlagter Mensch; er hat höchstwahrscheinlich wiederholt psychische Depressionszustände, allerdings von geringer Intensität, durchgemacht und in

der Haft einen ebenso leichten manischen Erregungszustand und ist von der Gefahr bedroht, auch späterhin von solchen Zuständen, möglicherweise auch schwererer Art befallen zu werden.

Die Tat, deren A. beschuldigt wird, geschah nicht unter dem Einflusse eines solchen krankhaften Depressions- oder Erregungszustandes, sondern sie wird durch die psychische Persönlichkeit A.s und die gegebenen äußeren Umstände vollständig erklärt.

A. ist ein Fanatiker, und die Entwicklung dieser seiner geistigen Eigenart ist höchstwahrscheinlich unter dem Einflusse seiner schweren psychopathischen Heredität erfolgt. B.

— **Die Hemmungstendenz der Armbewegungen als Symptom bei hysterischem und simuliertem Hinken.** Von W. Neutra. W. kl. W. 1917 Nr. 41.

Beim Gang der gesunden Menschen bewegen sich beide Arme, und zwar im großen ganzen gegenüber den Bewegungen der Beine in gekreuzter Weise; dies ist ein Überrest des vierfüßigen Ganges. Die Vor- und Rückwärtsbewegung der Arme dient der Förderung der Fortbewegung, besonders durch die leichte Drehung der Hände nach hinten und Beugung der Finger, eine Art Ruderbewegung. Diese unbewußte Förderungstendenz in den Armbewegungen wird besonders deutlich bei Menschen, die durch irgendein organisches Leiden an einem Bein an der korrekten und leichten Durchführung des Schrittes gehemmt sind; bei Gehversuchen nach Ausheilung einer Fraktur am Bein z. B. führt der Kranke mit dem gleichseitigen Arm bedeutend stärkere Bewegungen aus als mit dem Arm der gesunden Seite. Es ist schwer, die Bewegungen der Förderungstendenz bewußt an sich zu beobachten, geschweige sie mit Bewußtsein selbst zu dirigieren. Durch das Eingreifen von bewußtem Willen werden sie geradezu gestört. Bei den Fällen, wo diese Förderungstendenz fehlte oder vermindert oder sogar Hemmungstendenz vorhanden war, ergab genauere Untersuchung Hysterie oder Simulation. Bei letzterer löst die bewußte Absicht, den Schritt des Beines zu verschlechtern Aktionen aus, welche die Durchführung ermöglichen, aber zu einem Teil unterbewußt dirigiert werden, sich dem Bewußtsein entziehen. Die absichtliche Durchführung der Gangstörung ist nicht möglich, wenn man den Simulanten zwingt, in richtiger und gleichmäßiger Weise die Arme zu bewegen. Wenn chronische Erkrankungen wie Ischias oder Neuritis nervi ischiadici oder Schußfraktur von Hysterie überlagert sind, findet man eine Kombination von Förderungs- und Hemmungstendenz, erstere der organischen Erkrankung, letztere der funktionellen entspringend; Schultergürtel und Oberarm bleiben ruhig, während der Vorderarm stark rudernde oder nach vorn schleudernde Bewegungen oder beides ausführt. Es kam auch vor, daß bei hysterischer Lähmung des rechten Armes der Pat. auch nicht tadellos und gleichmäßig zu gehen vermochte, sondern rechts hinkte, obwohl das Bein nicht nur vollständig gesund war, sondern auch subjektiv keine Störung aufwies; nach Verschwinden der Armlähmung (durch Chokwirkung) war auch die Gangstörung völlig beseitigt. Nach Neutra kann also aus verminderter Bewegung oder vollständiger Ruhigstellung des gleichseitigen Armes mit fast absoluter Sicherheit geschlossen werden, daß das Hinken keine organische Ursache hat; doch läßt dies keine Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Simulation zu.

Buchbesprechungen.

— Kaplan, L.: Hypnotismus, Animismus und Psychoanalyse. Historisch-kritische Versuche. 128 Seiten. Leipzig und Wien 1917, F. Deuticke.

Enthält: Zur Entwicklungsgeschichte des Hypnotismus — Suggestion und Hysterie — die Seele und das Unbewußte — die ursprünglichen Ideen und die Wirklichkeit — die Seele und die psychischen Reaktionen. Die Schrift enthält manches Lesenswerte. „. . . . eine psychische Reaktion kann nicht vollkommen begriffen werden, wenn man nur ihre Bewußtseinselemente in Betracht zieht." B.

— Strümpell, A.: Die Schädigungen der Nerven und des geistigen Lebens durch den Krieg. Ein Vortrag, gehalten in der Wiener Urania am 4. Oktober 1917. 30 Seiten. Leipzig 1917, F. C. W. Vogel. 1,50 M.

Bringt für Fachärzte nichts Neues. B.

— Ude, Prof. Dr.: Unsere Schuld. Denkschrift, vorgelegt usw. von „Österreichs Völkerwacht". Wien-Graz-München 1917, Verlag Volksheil.

Die Schrift steht ethisch zweifellos sehr hoch. Sie wird getragen von hohen sittlichen Forderungen, die der Verein „Österreichs Völkerwacht" zur Bekämpfung der öffentlichen Unsittlichkeit auf seine Fahnen geschrieben hat. Im einzelnen wird in der Schrift erheischt: Abschaffung der behördlichen Reglementierung der Prostitution, Ausrottung der antikonzeptionellen Schutzmittel, Bekämpfung des Systems der beschränkten Kinderzahl, Beseitigung der Widersprüche in der Gesetzgebung betr. die Fürsorge für die Volkssittlichkeit. Daß die Schrift vom rein katholisch-dogmatischen Standpunkt aus geschrieben ist, wie auch der Verein nur Katholiken aufnimmt, erklärt das Hinausschießen über das uns Ärzten im Interesse der Volksgesundheit vorschwebende Ziel. Die Prostitution durch Keuschheitsgebote, die Geschlechtskrankheiten durch Unterbringung sämtlicher Prostituierten in eigenen Arbeitskolonien ausrotten zu wollen, die Theaterzensur verschärfen, womöglich dem Klerus allein überlassen wollen, die Varietés abschaffen, statt energische Propagierung der Frühehe „Hochhaltung des Zölibats" fordern wollen, heißt für uns Ärzte, das Kind mit dem Bade ausschütten. Dennoch empfehle ich die Schrift zur Lektüre. Audiatur et altera pars. Und im Verständnis und Verstehenwollen alles rein Menschlichen gehen manche von uns recht weit, da schadet es nichts, wenn sie einmal durch solche Schrift zum Einhalten aufgerufen werden.

Wern. H. Becker, Herborn.

— „Die Kriegsbeschädigten-Fürsorge in Deutschland" betitelt das National-Hygiene-Museum in Dresden einen im vorigen Halbjahre herausgegebenen Führer, der in der Form eines kurzen Leitfadens die einzelnen Gebiete der Kriegsverletzungen wissenschaftlich behandelt. Her-

vorragende Kliniker und Militärärzte sind die Verfasser der einzelnen Kapitel, von denen uns besonders drei interessieren: 1. Die Behandlung der Verwundungen des Gehirns von Geheimrat Prof. Dr. Witzel in Düsseldorf, 2. Die Kriegsneurose und ihre Behandlung von Stabsarzt Dr. Hartwich in Soest, 3. Die psychogenen Kriegsschäden an Gehör, Stimme und Sprache von Prof. Dr. Gutzmann in Berlin.

Das Buch wird zum Preise von 1,00 M durch die Verlagsanstalt Deleiter, Dresden-A. 26, abgegeben.

Wern. H. Becker, Herborn.

— Becker, W. H.: Psychotherapie in Irrenanstalten. Würzburger Abhandlungen Band 17 Heft 4. Würzburg 1917, C. Kabitzsch.

Für Nichtpsychiater verfaßte und geeignete anschauliche Schilderung der psychischen Behandlung Geisteskranker in Anstalten. B.

— Kafka, Dr. V.: Taschenbuch der praktischen Untersuchungsmethoden der Körperflüssigkeiten. Berlin 1917, J. Springer.

Das mit einem Geleitwort von Prof. Weygandt versehene Büchlein entstammt der Feder eines Mannes, der uns aus der Literatur der neuen serologischen Forschungen in der Psychiatrie nicht unbekannt ist. Das empfiehlt das handliche kleine Buch von vornherein; das aber erfüllt auch alle Hoffnungen, die man an die Ausfüllung dieser doch tatsächlich vorhanden gewesenen Lücke etwa geknüpft hat. Zuerst werden wir mit der Technik der Entnahme von Blut und Liquor bekannt gemacht, dann in die mikroskopischen, chemischen, biochemischen, kolloidchemischen und biologischen Untersuchungsmethoden eingeführt, endlich auf die praktische Bedeutung desselben bei den einzelnen Psychosen hingewiesen. Ich möchte dem Buch wünschen, daß wie der angehende Bakteriologe seinen „kleinen Abel" in der Rocktasche mit ins Laboratorium zu nehmen pflegt, so der „kleine Kafka" der nun folgenden Psychiatergeneration ein ständiger Begleiter werden möchte.

Wern. H. Becker, Herborn.

— Siemerling, Prof. Dr.: Psychosen und Neurosen in der Gravidität und ihre Anzeichen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. Berlin 1917, S. Karger.

Das Interesse für die Frage, wie weit der Arzt in dieser Zeit des Geburtenminimums dem volkswirtschaftlichen Interesse Rechnung zu tragen hat, zu seinen Eingriffen in das fötale Leben überhaupt noch berechtigt ist, ist akuter geworden denn je. Da ist es mit Freuden zu begrüßen, wenn die einzelnen fachärztlichen Autoritäten das noch vorhandene Indikationsgebiet für die Allgemeinheit der Ärzte klar umgrenzen. In diesem Sinne verdient die 3 Beobachtungen von Amentia, 11 Fälle von melancholieartigen Zuständen, 2 katatone Krankheitsbilder, eine Choreakrankengeschichte und eine solche von eklamptischer Psychose sowie zwei kasuistische Beiträge von Hyperemesis gravidarum und Neuritis bringende, 79 Seiten starke, von eingehender Literaturkenntnis und sorgfältiger Abschätzung des Für und Wider in den einzelnen Fällen zeugende Schrift die weiteste Verbreitung und Beachtung. Es spricht aus ihr der warmherzige Menschenfreund sowohl wie auch der erfahrene und durchaus gewissenhafte Psychiater.

Wern. H. Becker, Herborn.

— Sommer, R., Klinik für psychische und nervöse Krankheiten X. Band Heft 1. Halle a. S. 1917, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Das vorliegende Heft enthält fünf Originalien: I. Stern, Beitrag zur Pathogenese der Psychoneurosen. (Die Psychoneurose ist keine moderne Erkrankung, sondern hat schon immer existiert. Ihre Ursache ist rein psychisch, daneben spielen noch andere, endogene Momente eine Rolle, der sogen. psychoneurotische Grundzustand, bestehend in einer Labilität des psychischen Gleichgewichts. An mehreren Beispielen wird gezeigt, wie psychisch labile Menschen eine abnorme Reaktion auf psychische und zum Teil auch somatische Reize zeigen. Die Psychoneurosen sind als Krankheiten aufzufassen, die Behandlung muß vorwiegend eine psychische sein.) II. Sommer, Friedrich der Große vom Standpunkt der Vererbungslehre. (Eine vollständige Ahnentafel, zurück bis in die 5. Generation. Die schriftstellerische Begabung entstammt vorwiegend aus dem Hause Braunschweig-Lüneburg, aus demselben Hause aber auch die pathologischen Züge, zumal durch Verwandtenehe in diesem Zweig der Ahnentafel auch ein Ahnenverlust stattfindet; die militärische Begabung setzt sich aus vielen Faktoren zusammen, deren erbliche Herkunft im einzelnen nicht ergründet werden kann; Hohenzollernblut scheint hier aber wesentlich mitbeteiligt zu sein.) III. Sommer, Beseitigung funktioneller Taubheit besonders bei Soldaten durch eine experimental-psychologische Methode. (Ein starker Glockenschlag, während die Aufmerksamkeit des Patienten durch Registrierung seiner Fingerbewegungen völlig in Anspruch genommen wird. An dem Ausschlag der Fingerbewegungskurve, den der Patient dann selber sieht, wird die nunmehr sofort einsetzende Psychotherapie angeknüpft; Heilung meist innerhalb einer Minute.) IV. Sommer, Zur Psychophysiologie der körperlichen Erziehung. (Wiederholung des Tenors eines Aufsatzes Sommers aus der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 29. Jahrgang 1916 und Heranziehung einer ähnlichen Arbeit, die in demselben Jahre von Oberrealschullehrer Sachße erschienen ist.) V. Siebert, Zwei Fälle paranoischer Erkrankung. (Es handelt sich um zwei weibliche Krankengeschichten, in denen Verf. trotz gegenteiliger Lehre der Kraepelinschen Schule die Diagnose Paranoia beibehalten möchte, da die Wahnbildung bei ungestörter Intelligenz und völliger Besonnenheit vor sich ging, d. h. ohne die Zeichen geistigen Zerfalls oder geistiger Schwäche.) Anhangsweise finden dann noch zwei Bücherbesprechungen statt. Wern. H. Becker, Herborn.

— Frenzel, Franz, Geschichte des Hilfsschulwesens. Erster Teil des Handbuchs des Hilfsschulwissens. Eine Darreichung für die Zwecke der Hilfsschullehrerprüfung. Halle 1918, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. Preis 1,80 M.

Enthält: Allgemeines, Geschichtsquellen und Zeitabschnitte, nämlich I. Zeitabschnitt, Vorläufer der Hilfs-

schulbewegung, die Zeit bis 1863, II. Zeitabschnitt, Gründung der ersten Hilfsschulen, die Zeit von 1864 bis 1886, III. Zeitabschnitt, von 1887 bis 1904, IV. Zeitabschnitt, innere Ausgestaltung der Hilfsschule und Begründung einer Hilfsschulwissenschaft, von 1905 an, Literatur.

Dieses Handbuch wird auch psychiatrischen Kreisen willkommene Orientierung bringen und sei daher bestens empfohlen. B.

Therapeutisches.

—**Testogan und Thelygan.** Von San.-Rat Dr. Bresler.

Mit der zunehmenden Sorge um reichlicheren Nachwuchs hat sich die Wissenschaft immer mehr in die Ursachen des Bevölkerungsrückganges vertieft und um Mittel und Wege zur Abhilfe bemüht. Man bekämpft die äußeren Hindernisse durch Gesetze, trifft aber damit nicht den Kern der Sache, den Mangel an Trieb zur Fortpflanzung, ein Mangel, der, wenn auch auf allerlei Weise und mit den absonderlichsten Gründen entschuldigt, gerechtfertigt, beschönigt oder sogar märtyrhaft glorifiziert, letzten Endes doch seelische Schwäche, körperliche Abnormität, Impotenz und zwar die gefährlichste, ist und bleibt, in der Wirkung dem Selbstmord verwandt, und unter Umständen als Sünde am keimenden Leben (und an der Rasse) aufgefaßt werden kann auch beim Mann, in dem doch auch zukünftiges Leben keimt, in der Regel aber Schwäche eben dieses zukünftigen, keimenden Lebens selbst ist.

Trieb bedeutet das von innen heraus Getriebenwerden und diesem ursprünglichen Sinne des Wortes entspricht ganz, was wir heute über die Bedeutung der Drüsen mit Sekretion nach innen, Innendrüsen, wie ich sie kurz nenne, wissen, deren Tätigkeit lange in Dunkel gehüllt war, die aber mit ihrem Safte lebenswichtigen Zwecken dienen und dabei in wunderbarer Wechselwirkung stehen (vgl. Nervenstörungen und innere Sekretion; Halle a. S., Verlag C. Marhold). Die Geschlechtsdrüsen sind in einem gewissen Teil, den „Zwischenzellen", auch Innendrüsen. Auch sie sind in das System der inneren Sekretion eingeschaltet, sie bilden vielleicht dessen Mittelpunkt, um den sich alles dreht. Ihr innendrüsiger Anteil, ferner die Schilddrüse, die Thymusdrüse, die Zirbeldrüse, der Gehirnanhang, die Nebennieren, sind an der Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale beteiligt; folglich müssen sie dem samenbereitenden Teil der Geschlechtsdrüsen untergeordnet sein. Seitdem bekannt ist, wie sehr selbst die sekundären Geschlechtsmerkmale von dem Chemismus der Innendrüsen abhängen, sind die Abnormitäten des Geschlechtslebens, im weitesten Sinne verstanden, besonders die Impotenz aus seelischen Gründen, zum größten Teil hinsichtlich der Auffassung aus dem Seelischen in das Chemische gerückt. Eugen Steinach (Zentralblatt für Physiologie 1913) hat die wichtige Entdeckung gemacht, daß man männliche Tiere, die im frühesten Alter kastriert wurden, durch Einpflanzung von Eierstöcken in Individuen mit weiblichen Geschlechtsmerkmalen, und ebenso jung kastrierte weibliche Tiere durch Einpflanzung von Hoden in Individuen mit männlichen Geschlechtsmerkmalen umwandeln kann. Dieser Merkmalwechsel erstreckt sich nicht nur auf Körperform, Wachstum, Haare, Brustdrüsen, sondern auch auf die Art der Geschlechtsbetätigung: künstlich verweiblichte Männchen wurden von normalen Männchen geschlechtlich begehrt und vermännlichte Weibchen suchten normale Weibchen zu bespringen. Durch jene Zwischenzellen, auch Reifungsdrüse genannt, Brunftdrüse wäre besser, zum Unterschied von der Zeugungsdrüse, wird der Geschlechtstrieb in körperlicher und geistiger Beziehung angeregt und reguliert, gebrunftet, und zwar normalerweise mit der Richtung auf das andere Geschlecht. Jedes Individuum ist bekanntlich ursprünglich beidgeschlechtig angelegt und bewahrt auch später noch Reste und Spuren der andergeschlechtigen Anlage in Körper — und Seele; bei abnormer Entwicklung können diese Reste und Spuren in solchem Umfange weiterbestehen, daß sie noch erheblichen, und zwar irreführenden, Einfluß auf das Geschlechtsleben, aber überhaupt auf die ganze Persönlichkeit und Existenz des Trägers ausüben.

Es war nun naheliegend, daß man versuchte, die Stoffe der Keimdrüsen zur Beseitigung von Störungen auf dem Gebiete geschlechtlicher Entwicklung und Empfindung und geschlechtlicher Triebe zu benützen. Von den Tatsachen ausgehend, daß, nach Entfernung der Schilddrüse, Tiere impotent und befruch-

tungsunfähig werden, auch die Milchabsonderung nachläßt, jugendliche Menschen kindliches Wesen und kindlichen Geschlechtscharakter behalten bezw. impotent werden, daß Verordnung von Schilddrüse diese Störung, wie auch die Impotenz der Fettsüchtigen, bessert, daß Geschwülste im Hirnanhang zu Zurückbleiben oder Verkleinerung der Geschlechtsorgane führten und Extrakt der Hirnanhangdrüse mit Erfolg dagegen verwandt wurde, hat J. Bloch (Med. Klinik 1915 Nr. 8, 1916 Nr. 3, 1918 Nr. 13) den Weg gewählt, daß er das die Geschlechtswerkzeuge vorübergehend erregende Yohimbin mit einem Extrakt von Stierhoden vereinigen ließ bezw. mit solchem aus Kuheierstöcken. Er bezeichnet erstere für Männer bestimmte Verbindung als Testogan, letztere — für Frauen — als Thelygan. Hergestellt werden diese Präparate von der Chemischen und pharmazeutischen Fabrik Dr. Georg Henning, Berlin W. 35, Kurfürstenstraße 146-147. Es wurden nach J. Bloch damit bei länger dauerndem, nötigenfalls wiederholtem Gebrauch recht schöne Erfolge erzielt, nicht bloß bei mangelhafter geschlechtlicher und überhaupt körperlicher Entwicklung, sondern auch bei erworbener und vorzeitiger geschlechtlicher Schwäche und Empfindungslosigkeit mit allen ihren Folgen, bei gewissen Arten von Unfruchtbarkeit, bei gleichgeschlechtiger Anlage und Verirrung, aber auch bei allgemeinen Erschöpfungs- und Verstimmungszuständen und Blutarmut, besonders nachdem neuerdings das Präparat noch mit Schilddrüsenextrakt vereinigt wird als Thyreo-Testogan und Thyreo-Thelygan. Es wird für Fälle, wo es der Magen nicht verträgt, als Stuhlzäpfchen und als Lösung zur Einspritzung unter die Haut hergestellt.

Personalnachrichten.

— **Provinzial-Heilanstalt Schleswig** (Stadfeld). Dr. Repkewitz und Dr. Hinrichs sind zu Sanitätsräten ernannt.

— **Heidelberg.** Prof. Dr. Karl Wilmanns, Direktor der großh. badischen Heil- und Pflegeanstalt bei Constanz ist auf den Lehrstuhl der Psychiatrie in Heidelberg als Nachfolger von Prof. Nissl berufen worden.

— **Leipzig-Dösen.** Oberarzt Priv.-Doz. Dr. A. Gregor wurde der Titel Professor verliehen.

— **Berlin.** Prof. Forster ist als Ordinarius für Neurologie nach Gent berufen worden.

— Zum 50. Geburtstag des bekannten Berliner Psychiaters und Naturforschers Dr. Magnus Hirsch-

feld (geboren am 14. Mai 1868 in Kolberg) ist das April-Juli-Heft (Heft 2 und 3) Jahrg. XVIII der „Vierteljahrsberichte des Wissenschaftlich-humanitären Komitees" (Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen) (Leipzig, M. Spohr) als Festschrift erschienen mit Beiträgen von Exz. Ernst Haeckel, Prof. August Forel, Prof. Paul Kammerer, Dr. Wilhelm Stekel, Prof. Friedrich S. Krauß, Pastor Ernst Baars, Dr. Ernst Burchard, Dr. Iwan Bloch, Dr. Heinrich Koerber, Dr. Kurt Hiller, Prof. K. F. Jordan, Dr. Hammer, Rechtsanwalt Dr. Werthauer, Joh. Gaulke, Dr. Herm. Rohleder, Dr. Lipschütz, Dr. Baege, Hedwig Dohm, Dr. Helene Stöcker, Sophie Hoechstetter u. a. bekannte Personen. Sämtliche Arbeiten beschäftigen sich mit der hervorragenden Bedeutung Hirschfelds für das der Naturforschung neu erschlossene Gebiet der Sexualwissenschaft.

☛ Es wird gebeten, Ankündigungen von Vereinsversammlungen und Programme rechtzeitig und direkt an den Verlag dieser Wochenschrift, nicht an die Redaktion zu senden.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma

C. F. Boehringer & Soehne, Mannheim
betr. Compretten Pilul. Blaudii

bei, welchen wir der Beachtung unserer werten Leser bestens empfehlen.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. **Nr. 15/16. 1918/19.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 15/16. 20. Juli. **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Aus der Kgl. Sächsischen Heil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen.

Beiträge zur Kenntnis der Bazillenruhr (Dysenterie und Pseudo-Dysenterie) mit besonderer Berücksichtigung der Schutzimpfung.

Von Anstaltsarzt Dr. **Krekeler.**

Während in Friedenszeiten die Bazillenruhr (Dysenterie, Pseudo-Dysenterie) — abgesehen von gewissen Ausnahmen, so den Erkrankungen bei den preußischen Gardetruppen und einer Epidemie im Ruhrkohlengebiet u. a. m. — sich endemisch meist nur in Irrenanstalten, Pflegehäusern und ähnlichen Anstalten findet, hat sie gegenwärtig in den verschiedensten Irrenanstalten eine außergewöhnliche Ausbreitung erlangt.

Auch in der hiesigen Landesanstalt setzte im November 1916 eine größere Epidemie ein, nachdem ihr in den früheren Jahren, besonders seit 1913, kleinere Epidemien vorausgegangen waren, die meist in den Sommermonaten ihren Anfang und ihre größte Ausdehnung annahmen, späterhin dann aber immer wieder allmählich verschwanden. In Tab. 1 gebe ich einen kurzen Überblick über den Verlauf der früheren Ruhrepidemien seit dem Jahre 1913. Man ersieht aus ihr, daß die ersten Erkrankungen 1913 nur die Männerseite betrafen. Erst 1914 breitete sich die Epidemie auch auf den mit Frauen belegten Häusern aus. Bemerkenswert ist, daß sie bei den weiblichen Kranken nie eine derartige Ausdehnung erreichte wie bei den Männern.

Tabelle I.

Jahr	Zahl der Ruhrerkrankungen		Zahl der Ruhrtodesfälle		Zahl der Todesfälle überhaupt		Prozentzahl der Ruhrtodesfälle
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M. u. W.
1913	25	—	9	—	98	62	5
1914	40	25	13	19	133	100	13,7
1915	139	26	88	16	216	91	33,4
1916	179	40	108	29	272	184	30,0
1917 bis 31. Okt. inkl.	214	69	142	47	231	199	44,0

Ich gestatte mir, in den folgenden Ausführungen einen kurzen Bericht über die in der hiesigen Landesanstalt beobachtete Ruhrepidemie in der Zeit vom 1. November 1916 bis zum 31. Oktober 1917 zu geben, weil sie in derselben einen besonders großen Umfang erreichte. Wenn auch die Ausführungen nur kurz sein können, so tragen sie aber vielleicht dazu bei, die bisher über Ruhr gemachten wenigen Beobachtungen um einige Angaben zu erweitern.

Trotz zahlreicher und eifriger Nachforschungen ließ sich nicht feststellen, auf welche Weise die ersten Ruhrkranken sich ihre Ansteckung zugezogen hatten. Immerhin liegt es nahe, daß dann von früheren — vor 1913 aufgetretenen — Endemien her noch Dauerausscheider vorhanden waren, bei denen unter den gegenwärtigen Ernährungsverhältnissen ein neuer Ausbruch der Erkrankung auftrat. Möglich ist daneben, daß die Ruhr durch Kranke, die aus anderen Anstalten der hiesigen zugeführt wurden, eingeschleppt wurde. Bemerkenswert ist bei der letzten Epidemie, daß auf fast allen Abteilungen der Anstalt (nur auf dem offenen Männerhause A 8 kamen ganz im Anfang zwei Fälle zur Beobachtung)

beständig sporadisch Verpflegte erkrankten. Vielleicht sind diese Infektionen dadurch zustande gekommen, daß Fliegen, die sich in der Anstalt in auffallend großen Mengen finden, innerhalb der Anstalt zur Verbreitung des infektiösen Stoffes beitrugen. Besonders viele Erkrankungen brachen freilich auf den Pflegeabteilungen und halbruhigen Abteilungen aus, auf denen sehr erschöpfte und wenig widerstandsfähige Kranke lagen. Bei den früheren Endemien beschränkten sich die Ruhrerkrankungen im Gegensatz dazu in der Hauptsache auf die Pflegeabteilung A 3 III, während auf den übrigen Abteilungen nur ganz vereinzelte Fälle vorkamen.

Die beigefügte Tabelle II gibt eine Übersicht darüber, in welcher Weise sich die Ruhrerkrankungen auf die einzelnen Abteilungen und Monate von November 1916 bis Oktober 1917 inklusive verteilen. Ferner gibt sie Aufschluß über die Zahl der Todesfälle an Ruhr. Man ersieht aus ihr, daß auf den Abteilungen A 2 III, A 4 III, B 6 und B 2 eine besonders große Zahl von Ruhrerkrankungen zum Ausbruch kam. Ferner legt sie dar, daß eine Häufung der Ruhrerkrankungen und Todesfälle im November und Dezember 1916 stattfand, worauf dann im Jahre 1917 allmählich in den ersten sieben Monaten ein Nachlassen der Epidemie eintrat. Die Tatsache, daß im Winter (November, Dezember) eine Häufung der Ruhrerkrankungen beobachtet wurde, ist besonders auffallend, denn sie weicht von den allgemeinen Erfahrungen ab, nach denen sich die Ruhrerkrankungen in den Sommermonaten ausbreiten. Ein neues Anschwellen der Ruhrerkrankungen und Todesfälle beobachten wir im August und September 1917, während ihre Anzahl im Oktober wieder abnahm. Das Bild, das die Tabelle gibt, bestätigt die schon in früheren Jahren in der hiesigen Landesanstalt gemachten Beobachtungen. Die Zahl der Erkrankungen unter den Männern ist größer als die unter den Frauen. Auffallend ist, daß nur eine sehr geringe Anzahl des Personals erkrankte, während bei einer fast gleichzeitigen Typhusendemie eine größere Anzahl des Personals erkrankte. Eine Ursache dieser Erscheinung läßt sich schwer finden; möglich ist, daß gewisse Geisteskranke geradezu eine Disposition für Ruhrerkrankungen besitzen. Die Ursache der zahlreichen Erkrankungen in den Sommermonaten läßt sich wohl dahin erklären, daß überhaupt im Sommer — Sommerdiarrhöen — besonders günstige Bedingungen für Darmstörungen bestehen, die durch die gegenwärtigen Ernährungsschwierigkeiten noch begünstigt werden — Genuß unreifen Obstes, Fleisch (Fleischvergiftungen) u. a. m. —.

Vorwiegend erkrankten an Ruhr schlecht genährte und sehr unordentliche Kranke, die in allem möglichem Unrat herumsuchten und völlig ungenießbare Dinge zu verzehren suchten. Das Personal kann sich im Gegensatz zu den Kranken besser gegen die Ansteckungen schützen, kann sich auch besser versorgen.

Da die bisher zur Aufnahme der Ruhrkranken bestimmte eine Hälfte der Pflegeabteilung auf A 3 III — A 3 III bedeutet II. Obergeschoß des Hauses A 3; in A 3 I (Erdgeschoß) befindet sich die Aufnahmeabteilung für ruhige Kranke, in A 3 II für halb- und unruhige Kranke, in A 3 III Pflegeabteilung für Sieche — für die große Zahl der Erkrankten nicht ausreichte und auch sonst ungünstig gelegen war, wurde zuerst für die Aufnahme der Ruhrkranken das Haus für Infektionskrankheiten (D-Haus), da dieses dann jedoch zur Aufnahme von Typhuskranken dringend nötig war, das I. Obergeschoß des Hauses für unruhige Männer (A 1 II und A 1 III) zur Aufnahme der Ruhrkranken eingerichtet. Diese Abteilung hatte den großen Vorteil, daß sie sich vollkommen abschließen ließ, dabei für die genesenden Kranken auch einen großen Garten besaß, in den sie so oft als möglich geführt werden konnten. Die Abteilung umfaßte zwei große, drei kleine Bettsäle, zwei Zimmer, sie hatte Platz für 45 Kranke. Zuerst konnte nur 38 Kranken Platz gewährt werden. Ein großer Saal diente als Beobachtungsabteilung für die Neuerkrankten, ein zweiter nahm die leichterkrankten und genesenden, ein dritter und vierter die schwererkrankten Männer auf. Die Abteilung besaß außerdem einen Tagesraum, Küche, ein großes Bad, mehrere Aborte. Ferner bestanden von der Abteilung getrennte Wohnräume für das Pflegepersonal, so daß auch dieses neben der Abteilung wohnen konnte, ein besonderes Klosett hatte und mit der übrigen Anstalt nicht in Berührung kam.

Auf der Frauenseite wurden die Ruhrkranken zuerst auf der einen Seite der Pflegeabteilung B 3 III — II. Obergeschoß von B 3 —, dann, nachdem das Haus für Infektionskrankheiten wieder frei geworden war, auf diesem verpflegt. Hier war die Einteilung ähnlich gestaltet.

Beginn der einzelnen Fälle.

Der Beginn der einzelnen Ruhrfälle war äußerst verschieden. Im allgemeinen traten drei Hauptformen des Beginnes auf. Bei der ersten Form sahen wir im Anfang Temperatursteigerungen bis 38,3, dabei blutig- oder wässerig-schleimige Entleerungen. Bei der zweiten weiteren, einer kleineren Zahl der Erkrankten, steigerte sich die Temperatur im Anfang bis 40,2, gleichzeitig erfolgten mas-

Tabelle II.

Zahl der männlichen und weiblichen Dysenterie-Kranken, verteilt auf die einzelnen Abteilungen, und der Dysenterie-Todesfälle: November 1916 bis Oktober 1917.

		Erkrankungen	Todesfälle	1^{I}	1^{II}_{III}	2^{I}	2^{II}	2^{III}	3^{I}	3^{II}	3^{III}	4^{I}	4^{II}	4^{III}	5^{I}	5^{II}	5^{III}	6^{I}	6^{II}	6^{III}	8^{I}	8^{II}	8^{III}	C^{I}	C^{II}	D
A. männliche Kranke	Nov. 1916	27	8	5	—	1	—	10	—	—	3	5	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
	Dez. "	33	11	9	—	—	—	9	1	—	—	10	—	1	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
	Jan. 1917	27	20	4	—	—	—	7	—	1	—	7	—	—	7	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
	Febr. "	19	5	3	1	1	—	5	—	1	3	2	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	März "	16	13	1	—	1	—	2	—	2	2	—	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
	April "	13	11	2	—	—	—	4	—	1	2	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Mai "	15	12	—	—	1	—	11	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Juni "	9	10	1	—	—	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Juli "	13	8	1	—	1	—	3	—	—	5	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Aug. "	22	16	3	—	2	1	5	—	1	6	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Sept. "	14	19	5	—	1	—	4	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Okt. "	6	9	—	—	—	—	3	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	zusammen:	214	142	34	1	8	1	69	1	10	27	24	1	18	11	4	1	1	—	—	1	1	—	1	—	—
B. weibliche Kranke	Nov. 1916	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Dez. "	4	3	—	—	2	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Jan. 1917	6	5	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
	Febr. "	6	3	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
	März "	8	6	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—
	April "	7	4	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Mai "	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—
	Juni "	6	3	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
	Juli "	2	4	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Aug. "	19	5	—	1	—	—	2	1	1	1	—	—	—	—	—	—	3	8	—	1	—	1	—	—	—
	Sept. "	6	5	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—
	Okt. "	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	zusammen:	69	47	2	4	3	—	11	1	3	9	1	—	2	1	5	3	9	9	4	1	—	1	—	—	—

senhafte blutig-schleimige Entleerungen. Eine dritte Form der Erkrankungen begann ohne Fieber mit wässerig-schleimigen Entleerungen, denen dann blutig-schleimige folgten. Zwischen diesen drei Hauptarten des Beginnes der Ruhr gab es mancherlei Übergänge. Nur einzelne, empfindliche Kranke klagten über heftige Leibschmerzen und quälenden Tenesmus, ferner große allgemeine Abgeschlagenheit. Bei den erkrankten Pflegern und Pflegerinnen traten die einzelnen Krankheitserscheinungen, besonders die subjektiven Beschwerden, viel mehr in den Vordergrund. Die übrigen Erscheinungen waren ganz ausgesprochen vorhanden, Todesfälle kamen jedoch unter ihnen auffallenderweise überhaupt nicht vor. Es beruht diese Beobachtung wohl darauf, daß an sich gesunde Menschen viel schwieriger für eine Infektion mit Dysenterie zugänglich sind und ihr daher nicht so leicht zum Opfer fallen.

Der weitere Verlauf der einzelnen Erkrankungen war ebenso wie ihr Beginn sehr verschieden. Bei fieberhaftem Beginn hielt das Fieber, je nach seiner Höhe, auch während des weiteren Verlaufes an. Je höher das Fieber war, desto schwerer waren auch die Darmerscheinungen. Bei besonders hohem Fieber fanden sich später bei der Sektion ulzeröse Formen der Ruhr mit schweren, geschwürigen Zerstörungen der Darmschleimhaut. Einzelne Fälle dagegen verliefen beständig ohne Fieber. Nach 1 bis 2 Wochen, während welcher Zeit die Entleerungen äußerst massenhaft auftraten, klangen die Erscheinungen langsam ab. Bei allen Kranken, besonders bei denen, die dem Leiden erlagen, stellte sich in kurzer Zeit ein Kräfteverfall schwersten Grades ein. Die Kranken sahen hochgradig anämisch aus, die Haut war faltig, die sichtbaren Schleimhäute erschienen sehr blaß, sie lagen vielfach stöhnend und kraftlos da, mußten auch beim Essen und Verlassen des Bettes unterstützt werden.

Die Ausgänge der einzelnen Ruhrerkrankungen wiesen ebenfalls große Verschiedenheiten auf. Nur eine geringe Anzahl besonders kräftiger Kranker überstand das Leiden. Auch von diesen erkrankten nach einigen Monaten einzelne neu an Ruhr und erlagen dann der Infektion (vgl. die beigefügten Tabellen). Die an sich schon erschöpften und geschwächten Kranken fielen ihm meist schon nach wenigen Tagen zum Opfer, andere, die die eigentlichen Darmerscheinungen überstanden, starben an der verbliebenen hochgradigen Erschöpfung. Bei einzelnen Kranken traten bis zu drei und mehr Rückfälle der Ruhr auf. Diese starben alle. Als Todesursache konnte in fast allen Fällen eine hochgradige Erschöpfung bei Herzschwäche angesehen werden. Hinzufügen möchte ich noch, daß bei einer großen Zahl sehr geschwächter Kranken im späteren Verlaufe des Leidens Ödeme im Gesicht und an den Beinen, ferner Ergüsse in der Bauchhöhle und in der Pleurahöhle auftraten. Diese waren meist von besonders ungünstiger Vorbedeutung für den Verlauf der Erkrankung. Denn wenn auch die Ödeme unter Gaben von Digitalis, Digalen und Diuretin einen vorübergehenden Rückgang erkennen ließen, bildeten sie sich nach Aussetzen des Medikamentes sofort in altem Umfange wieder. Derartige Kranke erlagen dem Leiden ebenfalls nach wenigen Tagen.

(Schluß folgt.)

Über Nirvanol nebst Mitteilung von Selbstversuchen.

Von San.-Rat Dr. **Bresler.**

Über dieses neue Schlaf- und Beruhigungsmittel liegen jetzt mehrere eingehende Berichte vor, so daß ein abschließendes Urteil darüber wohl gewonnen werden kann. Wernecke[1]) [Heilanstalt Fichtenhof in Schlachtensee (leitender Arzt: Prof. Boedeker)] steht auf Grund einjähriger Untersuchungen nicht an, das Mittel demjenigen, das bis jetzt wohl immer noch als das beste gegolten hat, dem Veronalnatrium, als mindestens gleichwertig, wenn nicht überlegen, an die Seite zu stellen.

Es hat die Formel $\frac{C_6H_5}{C_2H_5} > C < \frac{CO \,.\, NH}{NH \,.\, CO}$ und ist γγ-Phenyläthylhydantoin. Es wird dargestellt, indem man durch Einwirkung von Halogenäthyl auf Phenylcyanacetamid Phenyläthylcyanacetamid erhält, das mit Hypohalogeniten γγ-Phenyläthylhydantoin liefert. Träger der wirksamen Gruppe ist das Hydantoin. Die Hydantoine leiten sich von den Uraminosäuren $R_2 > C\,(NH \,.\, CO \,.\, NH_2) \,.\, COOH$, den Anhydriden der α-Aminosäuren ab und treten unter bestimmten Bedingungen auch im menschlichen Harn auf. Nach großen Gaben von Tyrosin fand Dakin das entsprechende Hydantoin in größeren Mengen im Harn, ohne hierbei krankhafte Störungen zu beobachten. In dem Molekül des Phenyläthylhydantoins sind die chemisch wirksamen Gruppen (Harnstoff-Phenyl- und Äthylgruppe) enger miteinander verkettet als in den

Derivaten der Barbitursäure. Am nächsten verwandt unter den Derivaten der letzteren, welche Schlafmittel sind, ist es mit der Phenyläthylbarbitursäure (Luminal). Bekanntlich ist Veronal = Diäthylbarbitursäure, Medinal = diäthylbarbitursaures Natrium, Proponal = Dipropylbarbitursäure, Codeonal = Diäthylbarbitursäure + Codein.

γγ-Phenyläthylhydantoin, d. i. die freie Säure, bildet farblose Kristallnädelchen, ist geruch- und nahezu geschmacklos; es löst sich in etwa 1650 Teilen Wasser, 20 Teilen Weingeist und 200 Teilen Äther von 20°, in 110 Teilen siedendem Wasser und leicht in verdünnter Natronlauge. Die heiß gesättigte wässerige Lösung rötet Lackmuspapier schwach. Schmelzpunkt ist 199 bis 200°. Das Natriumsalz, aus gleichen Molekülen Nirvanol und Natriumhydroxyd gewonnen, ist in Wasser leicht löslich mit 4 Molekülen Kristallwasser; 0,5 g Nirvanol entsprechen 0,73 g Nirvanol-Natrium bzw. 0,56 g Nirvanol-Natrium „kristallwasserfrei". Die auf Vorrat gehaltenen Lösungen müssen unter Abschluß von atmosphärischer Kohlensäure hergestellt werden, da sonst freies Phenyläthylhydantoin unter Bildung von Natriumkarbonat auskristallisiert. Wird 0,1 g Nirvanol mit 0,5 g Ätzkalk in einem engen Reagenzrohr erhitzt, so färbt sich das Gemisch violettrot; dabei tritt der Geruch nach Propiophenon auf, und Ammoniak entweicht. Eine Lösung von 0,1 g Nirvanol in 2 ccm Schwefelsäure wird mit 5 Tropfen Natriumnitritlösung rot gefärbt. 0,5 g Nirvanol sollen mit 10 ccm Ammoniakflüssigkeit eine klare und farblose Lösung geben, die auf Zusatz von Schwefelwasserstoffwasser nicht verändert wird. In 2 ccm Schwefelsäure muß sich 0,1 g Nirvanol ohne Färbung lösen. Die kalt gesättigte wässerige Lösung darf durch Silbernitratlösung nicht getrübt werden. 0,1 g Nirvanol muß restlos verglühen.

Die pharmakologische Prüfung der Substanz an Tieren geschah im pharmakologischen Institut der Universität Freiburg i. B. (Geheimrat Professor Dr. Straub). Wie Piotrowski[2]) mitteilt, ergab sie folgendes:

0,1 g Nirvanolnatrium pro Kilo Hund subkutan erzeugten 20stündigen festen Schlaf und 24 Stunden lange sedative Nachwirkung, 0,17 g eine ca. zweitägige Narkose ohne schädliche Neben- oder Nachwirkung, die in kleinem Volumen verabreichte stark konzentrierte Injektion bewirkte keine örtliche Reizerscheinung; im Vergleich dazu waren 0,1 g diäthylbarbitursaures Natrium fast wirkungslos, 0,1 g phenyläthylbarbitursaures Natrium (Luminal) war etwa gleich wirksam wie Nirvanol-Natrium, erzeugte aber epileptiforme Krämpfe, Temperatursturz u. a. Der intravenöse, subkutane und orale Versuch beim Kaninchen hatte gleiches Ergebnis. 0,2 g pro Kilo, intravenös, bewirkten sofort unerweckbaren Schlaf bei erhaltenen Reflexen, also keine Narkose, der 12 Stdn. anhielt; 0,2 g subkutan und per os hatten fast dieselbe Wirkung. Diese ist also von der Anwendungsart weitgehend unabhängig. An Kaulquappen mit Nirvanol-Natrium erzeugte tiefe Narkose, die beliebig lange ertragen wird, zeigte sich glatt reversibel, ebenso mit Luminal, dagegen nicht die Veronalnarkose. Senkung des Blutdruckes durch zentrale Gefäßlähmung wie bei Chloral oder Schädigung der peripheren Vasomotoren wie bei großen Dosen Veronal oder der Atmung wie bei Morphin traten nach intravenöser Injektion von Nirvanol-Natrium bei Kaninchen nicht ein. Fortdauernde Zufuhr bewirkt Tod durch Lähmung des Atemzentrums wie bei echter Narkose, nicht durch akute Herzschädigung. 0,1 g pro Kilo subkutan setzt nachweisbar die Temperatur herab.

Die von Piotrowski durchgeführten Beobachtungen an Kranken ergeben: Nirvanol-Natrium ist bei leichterer Schlaflosigkeit schon in Mengen von 0,4 bis 0,6 g zuverlässig wirksam, bei unruhigen Schlaflosen erzeugt 1 g in den meisten Fällen Schlaf bis 9 Stunden. Wenn das Mittel wegen des bitteren Geschmackes nicht genommen wird, empfiehlt Piotrowski subkutane bezw. intramuskuläre Injektion, welche bei gleicher Dosis stärker wirkt als die innerliche Verabreichung. Nirvanol (Säure) wird wegen der Geschmacklosigkeit anstandslos genommen; bei leichter Schlaflosigkeit psychisch gesunder ruhiger Patienten sind 0,5 g recht wirksam, in schwereren Fällen und bei aufgeregten Kranken wirkt es vereinzelt weniger intensiv als Nirvanol-Natrium; in letzteren Fällen wird intramuskuläre Anwendung der gebrauchsfertigen Lösung des Nirvanol-Natriums empfohlen.

Wernecke hat 1500 g Nirvanol in etwa 2000 Dosen bei 38 Fällen von Psychosen verschiedenster Art erprobt und als ausgezeichnetes sicheres Schlafmittel erwiesen. Es wurde, soweit erforderlich, monatelang gegeben in Dosen von 0,25 bis 1,0 g und in einer Tagesmenge von 2,0 g, in einem Falle sogar 3,0 g. Nirvanol kann man wegen der Geschmacklosigkeit mit den Speisen mischen; man gibt es am besten in heißem Tee mit etwas Milch, wobei auch ein Bodensatz kaum bemerkt wird; auch in Apfelmus und ähnlichen Kompotten wurde es gegeben. In Milch-, Grieß- und ähnlichen Suppen jedoch zeigte es einen eigentümlichen Geschmack. Auf eine Nephritis bei einem Paralytiker

hatte es, selbst als einmal 3,0 pro die gereicht wurden, keinen Einfluß hinsichtlich Urin- und Eiweißmenge. In leichten Fällen von Schlaflosigkeit genügten 0,25 bis 0,5 g; bei großer halluzinatorischer, psychomotorischer Unruhe war 1,0 g Nirvanol ein absolut sicheres und ausreichendes Schlafmittel.

Schellenberg[3]) brauchte 0,5 g nur in den seltensten Fällen zu überschreiten, und zwar geschah dies bei Schwerkranken mit Fieber. Bei Schlaflosigkeit infolge Erschöpfung oder Ermattung genügen 0,3 g. Er hatte Gelegenheit, es hauptsächlich bei Tuberkulösen zu verordnen. Gewichtsabnahmen, Herz-, Lungen- oder Nierenschädigungen u. a. fanden nicht statt, auch keine Angewöhnung. Nirvanol wirkte noch da, wo Veronal versagte.

H. Curschmann[4]) beobachtete ausgezeichnete Wirkung gegen nächtliche schlafstörende Erektionen bei Neurasthenikern und chronischen Prostatikern und Pollakisurie. Er beobachtete, daß versehentlich verabfolgte toxische Dosen keine merkliche Störung in Kreislauf und Atmung verursachten.

Selbstversuche scheinen mit Nirvanol noch nicht gemacht, wenigstens nicht veröffentlicht zu sein. Ich benutzte dazu einfach eine gewöhnliche Weckeruhr, nachdem ich vorher mehrmals festgestellt hatte, bei welcher Stärke des Geräusches eben noch Aufwachen erfolgt. Die dazu erforderliche Einstellung der Stärke des Geräusches geschah durch Umwickeln des Weckers mit einem Tuch. Gestellt wurde der Wecker auf ½12 Uhr. Ich ging um 10 Uhr zu Bett. Nach dem was man über Schlaftiefe weiß, ist der Schlaf zwischen 11 und 12 Uhr normalerweise am tiefsten.

Es zeigte sich nun, daß schon 0,3 g Nirvanol die Schlaftiefe so vermehrten, daß das Geräusch des umhüllten Weckers nicht mehr zum Aufwachen genügte, überhaupt nicht zur Wahrnehmung etwa im Halbschlaf gelangte. Bei entsprechend geringerer Umhüllung des Weckers geschah das Aufwachen etwas weniger leicht und schnell als sonst, aber doch auch nicht mit dem Gefühl, ein künstliches Gelähmtsein überwinden zu müssen oder Mühe in der Orientierung zu haben und ohne jene eigentümliche Bewußtseinsspaltung, wie sie sonst manchmal nach Erwachen aus künstlichem Schlaf und aus Verdauungsschlaf, Nachmittagsschlaf, vorkommt, bei welcher neben sofort eintretender örtlicher Orientierung die zeitliche zunächst ganz fehlt und sich erst nach etwa 1 bis 2 Minuten und unter gewissem Suchen wiederfindet, eine Spaltung, die ich auch sonst bei abnormen Bewußtseinszuständen beobachtet habe[5]) und die mit der schon von Kant betonten Besonderheit der Zeit als dem inneren Sinn, nach meiner Meinung als unbewußt arbeitendes Gedächtnis der inneren, vegetativen Organe zusammenhängt.

Während des nun folgenden kurzen Wachzustandes konnte ich an Puls und Atmung Auffallendes nicht empfinden. Das Wiedereinschlafen geschah nach ca. 5 Minuten. Der Schlaf dauerte bis gegen 6 Uhr morgens. Bezüglich des Einschlafens am Abend vorher ist noch zu bemerken, daß sich die Schläfrigkeit 15 Minuten nach dem Einnehmen des Nirvanols angenehm fühlbar machte und danach das Einschlafen ohne irgendwelche unangenehme Nebenempfindung oder Gedankenrichtung und -tätigkeit erfolgte. Der Schlaf war traumlos, soweit man das überhaupt vom Schlaf behaupten oder nachweisen kann.

Ich habe späterhin noch einmal einen Selbstversuch mit 0,5 und 1,0 Nirvanol gemacht, hauptsächlich um auf ungünstige Nebenwirkungen bei stärkerer Dosis zu achten, solche aber nicht empfunden. Der Schlaf war ein angenehmer, die Tiefe noch wesentlich beträchtlicher.

Literatur.

[1]) E. Wernecke, Phenyläthylhydantoin (Nirvanol), ein neues Schlaf- und Beruhigungsmittel. Aus der Heilanstalt Fichtenhof in Schlachtensee, Anst.-Arzt: Prof. Boedeker. Deutsche med. Woch. 1916 Nr. 39.

[2]) A. Piotrowski, Über Hydantoine als Hypnotika. Aus Sanitätsrat Dr. Edels Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke in Charlottenburg. Münch. med. Woch. 1916 Nr. 43.

[3]) G. Schellenberg, Nirvanol, ein neues Schlafmittel. Aus den Vereinslazaretten Ruppertshain und Neuenhain i. T. Deutsche med. Woch. 1918 Nr. 4.

[4]) H. Curschmann, Prof., Rostock, Über die therapeutische und toxische Wirkung des Nirvanols. Therapeutische Monatshefte 1918 Nr. 2.

[5]) J. Bresler, Zur Symptomatologie der Epilepsie b) Verschiedenes Verhalten der örtlichen und zeitlichen Orientierung. Psychiatr.-neurolog. Woch. 1908, Jahrgang X Nr. 30.

Seelenkundliches.

Von San.-Rat Dr. **J. Bresler.**

(Fortsetzung).

Die Katharsis des Aristoteles.

Von dem Vielen, das Aristoteles an Gedankenschätzen hinterlassen, kann sehr viel ins Meer der Vergessenheit sinken. Unter dem wenigen von dauerhaftem Wert ragt hervor und wird immer psychologisch bedeutsam bleiben die Lehre von der Reinigung der Affekte, von der Katharsis. Unter ihr versteht Aristoteles nicht eine Reinigung der Affekte von der Unlauterkeit, sondern eine zeitweilige Befreiung der mit einem Affekt Behafteten von demselben. Er erörtert die Katharsis in der Abhandlung über die Tragödie (Poët. c. 6). Durch den Ablauf der an die tragischen Ereignisse geknüpften Affekte leben diese selbst sich aus und wird der Drang, solche Affekte, d. h. Furcht und Mitleid, zu hegen, befriedigt und gestillt. Es ist die Befreiung vom Affekt, nicht durch dessen Ertötung, sondern durch seine künstlerische Anregung und den Ablauf selbst. Und zwar werden durch das Hören der Musik, durch das Anschauen der Darstellung einer Tragödie zunächst diejenigen Affekte durch den Ablauf selbst wieder gestillt und gleichsam aus uns herausgeschafft, welche das Kunstwerk in uns erregt hat, aber dieselbe Katharsis betrifft mittelbar auch alle gleichartigen, unter denselben Begriff fallenden Affekte, die in uns in Bereitschaft liegen, welche von dem durch das Kunstwerk erregten Gefühl gleichsam bewältigt und mit diesem zugleich aufgehoben werden, aber nur zeitweilig, natürlich bis allmählich sich neues Bedürfnis ansammelt, das aufs Neue Anregung und Ablauf verlangt. Zur Veranschaulichung dient der Vergleich mit dem Vorgang bei purgierenden Arzneien. Wiederherstellung der Gemütsruhe ist das Ziel. Die Affekte sind nicht moralisch abnorm; es handelt sich bei der Katharsis nicht um ihre dauernde Austilgung, sondern um die jedesmalige Befriedigung eines regelmäßig wiederkehrenden Gemütsbedürfnisses, welches an sich durchaus normal ist, bei längerer Andauer aber anderen Funktionen hinderlich werden würde, weshalb es durch rechte und maßvolle Befriedigung aufgehoben werden muß. Dieses Bedürfnis fehlt bei niemandem ganz. Bei der Tragödie knüpft sich der naturgemäße Abschluß der Gefühlserregtheit an den kunstgemäßen Abschluß des Stückes, worauf sich mit Notwendigkeit ein Gefühl der Lust einstellt. (Nach Überweg, Grundriß der Philosophie, I. Teil, 1886, S. 233 ff.) (Man wird etwas an die moderne Psychoanalyse erinnert.)

Leben und Form — Einzelnes und Allgemeines.

Man mag in Georg Simmels „Rembrandt, ein kunstphilosophischer Versuch", K. Wolff, Leipzig 1917, manches finden, was erst durch Verfassers Denkarbeit und Gedankenreichtum in des Künstlers Werk hineingelegt ist, und manches, dem man nicht beistimmen möchte. So z. B. nicht den Bedenken, die er gegen die einfache und natürliche Auffassung hat, daß die Bewegtheit im Bild dadurch entsteht, daß die Phantasie des Beschauers angeregt wird, sich die Bewegung zu und von dem dargestellten Moment zu ergänzen (S. 48), und nicht den Betrachtungen, mit denen er geistige Selbständigkeit und Sonderstellung der Kunst nachzuweisen sich bemüht (in dem Abschnitt: Was sehen wir am Kunstwerk?, S. 182). Man muß sogar schon an dem Titel einwenden, daß es mehr ein psychologischer als ein philosophischer Versuch ist. Treffend dagegen sind u. a. seine seelenkundigen und kunstsinnigen Ausführungen über den raumlosen Blick bei Rembrandts Porträts (S. 125), über das Menschheitsschicksal und den heraklitischen Kosmos (S. 130). Am meisten angezogen haben mich die Abschnitte: Das Leben und die Form (S. 65) und: Die Individualisierung und das Allgemeine (S. 77). In der klassischen Kunst herrscht die Form, und Form bedeutet für sie, daß die Elemente der Erscheinung sich mit einer unter ihnen geltenden Logik gegenseitig bedingen, daß die Geformtheit des einen die des anderen fordert. Bei Rembrandt bedeutet sie, daß ein von einem Quellpunkt herströmendes Leben gerade diese seine Form als sein Ergebnis oder als den klarsten Anschauungsmoment seiner in der Form des Werdens seienden Ganzheit hervorgetrieben hat (S. 66). Daß jeder Augenblick des Lebens das Leben ganz ist, offenbart sich in den Porträts Rembrandts. Form beruht auf Allgemeingültigkeit, Gesetzlichkeit. In der Klassik scheint das Leben nur den Zweck zu haben, die Form hervorzubringen, dann aber von ihr zurückzutreten und sie ihrem selbstseligen selbsttätigen Spiel zu überlassen; bei Rembrandt ist die Form dagegen nur die sozusagen zufällige Art, in der das Leben sein Wesen und Werden nach außen wendet (S. 70). Die Klassik

sucht von der Form her das Leben, Rembrandt vom Leben her die Form. Die Porträtgestalten der Renaissance wirken immer irgendwie typisch, nach allgemeinen Gesetzen und Formen, welche die Erscheinungselemente als solche zu einer Höchst- und Bestleistung künstlerischen Eindrucks machen und ähnlich den Naturgesetzen gefunden oder aufgestellt sind. Die griechische Kunst bevorzugte allgemeine Formen für mannigfaltige Inhalte und Gefühlsfärbungen — für letztere, glaube ich, trifft dies nicht allgemein zu —, anstatt den verschiedenen Stoffen eigene zu geben, die immer andere und neue hätten sein müssen. Die Kunst der Griechen zielt dahin, auf den Beschauer den günstigsten Eindruck zu machen. Es ist ein den Mittelmeervölkern eigener und gemeinsamer Zug, ihr Verhalten auf die Gegenwart eines Zuschauers einzurichten; der Grund ist, daß diese Völker großenteils im Freien leben. Die Kunst erleidet dadurch etwas Veräußerlichung, Übertreibung und Verstandung oder sogar Verständelung (zwei Ausdrücke, die ich für Simmels Rationalisierung setze). Sobald die Oberfläche und Außenseite des Lebens als Stoff der künstlerischen Form vorwiegt, richtet sich Kunst nach dem Beschauer. Bei der Raffaelschen Grablegung z. B., führt Simmel an, ist jeder Teilnehmer nicht nur für den Vorgang da, sondern auch, von sich aus, für den Beschauer, dem er sich gegenüberstellt als jemand, dessen Betrachtung sich auch lohnen soll, der auf sich hält und Anerkennung fordert (S. 80). „Rembrandts Menschen dagegen denken niemals an den Zuschauer und deshalb nicht an sich selbst." Meines Erachtens ist es dort der Künstler, der durch Einstellung des Bildes und der Kunst auf den Zuschauer diesem Bewunderung des künstlerischen Könnens abnötigen will — was ein Rembrandt nicht nötig hatte —, andererseits bei der Idealisierung des Objekts in Schablone und Schema verfällt. Das Einzelne in der klassischen Kunst hat nach Simmel dabei immer noch etwas Typisches, Stilhaftes an sich im Gegensatz zu dem Einzelnen bei Rembrandt. Dort wird das Individuelle auf ein allgemein Menschliches und Fühlbares zurückgebracht und dadurch in dem Beschauer das Verständnis vermittelt.

Rembrandts Kunst zeigt, daß aus dem innersten Leben einer Person heraus ihre Erscheinung zu einer überaus notwendigen Form entwickelbar ist, wobei diese Entwicklung keineswegs einer allgemeinen Gesetzlichkeit entlehnt ist, ihre Wiederholung in einer anderen Person daher nicht möglich, höchstens zufällig ist. Die Form ist an sich etwas Überindividuelles, Abstraktes. Wie tief Simmel in den Sinn der Kunst zu schauen vermag, zeigt folgender Satz (S. 70): „Die Form dagegen, die das Rembrandt-Porträt darbietet, erscheint nicht von dem Prinzip der Form selbst, nicht von den ideellen Beziehungsnormen bestimmt, die die Teile des Phänomens sich untereinander begrenzen und balanzieren lassen, sondern das von innen treibende Leben, das jener Stil hinter dem Phänomen verschwinden läßt, ist hier in dem Augenblick erlauscht, in dem es in seine Oberfläche hineinwächst, diese trägt sich nicht, gleichsam freischwebend, vermöge der Gesetze ihrer zeitlosen Anschaulichkeit, sondern durch die Dynamik von Werden und Schicksal, deren vergangenheitsgetragene Gegenwart eben dieses Phänomen bedeutet." Sehr treffend ist auch, wie Simmel nachweist, daß die Kunst Rembrandts durch weitgehendste Herausarbeitung des Individuellen, d. h. Unteilbaren, und durch Abwendung vom Allgemeinen in den menschlichen Erscheinungen die seelisch-körperliche Zweiheit überwinden hilft, in welche übergelehrte Betrachtung das Leben spaltet (S. 39).

Wie das Verhältnis des Individuums zum Tod sich in künstlerischer Darstellung gestaltet, wird von Simmel ganz besonders klar und feinsinnig herausgearbeitet. In der klassischen Kunst ist die Tiefe des Gegensatzes zwischen der Zeitlichkeit des sterblichen Wesens und der Zeitlosigkeit seiner Kunstformung überbrückt, indem sie ihren Gegenstand typisierte und dadurch in die Sphäre der Zeitlosigkeit hob. Der Typus stirbt nicht, nur das Individuum. Je individueller der Mensch ist, desto sterblicher ist er, desto mehr ist er unvertretbar. Auf der niedersten Stufe der Individualisierung, bei den Organismen, die sich einfach durch Teilung in zwei Wesen fortpflanzen und restlos, ohne Zurücklassen einer „Leiche" verschwinden, also eigentlich nicht „sterben", kann man von Tod nicht sprechen. Hier ist jedes Individuum zugleich der vollkommene Typus seiner Art. Ist es nun Beschränkung oder Erweiterung der Form des Individuums, wenn es mit seinem Typus absolut eins ist? Die tragische Spannung zwischen Individualität und Sterblichkeit blieb in der klassischen Kunst vermieden, eben weil sie das Individuum typisierte. Jedem künstlerisch aufs höchste herausgearbeiteten Individuum haftet etwas Tragisches an. Alle tragischen Helden Shakespeares sind scharfe Individualitäten, seine komischen Figuren dagegen Typen. Die italienische Kunst hat etwas Heiteres, weil sie typisiert. Gegenüber der klassischen Kunst liegt in der Rembrandts etwas eigentümlich Unabgeschlossenes, ins Unendliche Weiterstrebendes, etwas, das zu erst zu Gewinnendem treibt. So wie der Tod in

das Leben der Individualität eingewebt ist, so dunkelt aus so vielen Rembrandtsporträts der Tod heimlich hervor, nicht als etwas von draußen an das Leben gewalttätig Herantretendes, sondern als in das Leben des Individuums eingesenkt, zu ihm individuell Gehöriges (S. 99).

Ganz hervorragend sind die zur religiösen Kunst hinüberleitenden Betrachtungen über das konkrete Dasein und das religiöse Leben (S. 151); sie bekunden eine seelenkundige Vertiefung in die Erforschung des Religiösen als seelischen Zustands und als Lebensform und -norm, wie sie mir vor über zehn Jahren vorschwebte, als ich an die Gründung der „Zeitschrift für Religionspsychologie" (Verlag Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. Saale, später J. A. Barth, Leipzig) ging. Es wird von Simmel dargetan, daß Rembrandts Menschen von sich aus fromm sind, und nicht daher, daß sie in eine als jenseits der Erfahrung vorbestehend angenommene Ordnung eingestellt, daß das fromme Empfinden nichts für sich Bestehendes ist, sondern von Gefühlen getragen wird, die im Menschen und in der Menschheit unzählig und beständig wirksam vorhanden sind und sich im Reich der Wirklichkeit und Erfahrung betätigen. Erst wenn dieser Bereich verlassen wird und die Gefühle sich mit Vorstellungen von Nichtwirklichem und Nichtsinnlichem verbinden, wird das Fromme zum Religiösen. Ich möchte hier nur daran erinnern, daß Religion eben von religare, verbinden, stammt.

Es ist unmöglich, von dem außerordentlichen Reichtum an Gedanken über die seelischen Beziehungen der Kunst in Simmels Buch auf beschränktem Raum durch Proben auch nur ein annäherndes Bild zu geben. Um so mehr möchte ich das Buch zum Studium eindringlichst empfehlen, schon aus dem Grunde, weil es in mustergültiger Weise zeigt, wie man ein Gebiet menschlichen Schaffens psychologisch erfassen kann. Denn, wie schon oben betont, das ist der einzige Irrtum an dem Buch, daß es sich philosophischen Versuch nennt; es ist alles darin Seelenkunde, und es ist kein Versuch, sondern ein Erfolg, ein Gewinn, wie man ihn sich nicht besser denken kann.

Referate.

— **Klinische Arbeitsversuche zur Frage der Erschöpfung bei Kriegsteilnehmern.** Grundsätze zum Vortrag vom 30. Januar 1917. Von Cimbal, Altona. Hamburg. Ärzte-Corresp. 1917 Nr. 6.

Die Begutachtung der angeborenen Unterwertigkeiten, der Willenssperrungen und der Erschöpfungszustände für die Fragen der Dienstfähigkeit und der Dienstbeschädigung erfordert neben den objektiven Organuntersuchungen sorgfältige Funktionsprüfungen auf allen Einzelgebieten des Leistungsvermögens, nicht nur eine Einfühlung in das Krankheitsbild, wie sie bei der nervenärztlichen Behandlung derartiger Zustände ausreicht. In ihrer Verwertung sind die beiden Arbeitswege der objektiven Organuntersuchung und der Arbeitsversuche streng voneinander zu unterscheiden.

Objektive Organuntersuchungen sind solche, die völlig unabhängig vom Willen, von den Stimmungen und von dem augenblicklichen Kräftezustand des Kranken sind.

Solche objektive Befunde sind z. B. das Verhältnis des Körpergewichts zum Normalgewicht, die Herzgrenzen, die Harnuntersuchungen, das Erloschensein der Reflexe, die Babinskische Zeichengruppe, die Ergebnisse der biologischen und chemischen Blutuntersuchungen.

Fälschlich als objektiv gewertete Zeichen, in Wirklichkeit Arbeitsbefunde, sind dagegen z. B. das Rombergsche Zeichen, die Gesichtsfeld- und Gehörsfeldprüfungen, sämtliche Prüfungen der Augenmuskeln, des Hörvermögens, des Empfindungsvermögens, des Bewegungsvermögens, der Schlagfolge und Schlaggeschwindigkeit des Herzens, alle Blutdruckprüfungen und in gewissem Maße sogar die Messungen der Hautwärme.

Alle diese Untersuchungswege können zwar auch der Aufdeckung von Gewebsveränderungen des Körpers dienen, also von objektiven Organveränderungen, haben selbst aber nicht die Bedeutung objektiver Untersuchungsmethoden, weil sie von dem augenblicklichen Zustand des Kranken beeinflußt werden. Sie bedürfen, um verwertet zu werden, gewisser Vorsichtsmaßregeln und Untersuchungsanordnungen, welche die Zufälligkeiten des augenblicklichen Befundes, der seelischen Erregung und der Willenssperrungen auszuschließen erlauben.

Die Zeichen überstarker seelischer Reizbarkeit bei der Untersuchung, Pulsbeschleunigung, Blutdrucksteigerung, Schwitzen, Zittern, Blinzeln und Gleichgewichtsstörungen bei Fußaugenschluß, Erhöhung der Sehnenreflexe erfordern, wenn sie auftreten, zur Aufklärung des Kräftezustandes eine mehrtägige Wachsaalbeobachtung mit täglicher Wiederholung aller Einzeluntersuchungen, da die Untersuchungsfurcht für die Gesamtbeurteilung irreführend ist und die nervöse Erregung außer durch seelische Einflüsse durch Selbstschädigungen und Ausschweifungen hervorgerufen sein kann. Auch wenn nach Ausschaltung aller äußeren Störungen, die obengenannten Untersuchungsgruppen scheinbar bleibende und krankhafte Ergebnisse liefern, können sie noch nicht ohne weiteres als Krankheitsbefunde bewertet werden, sondern bedürfen weiterer Kontrollprüfun-

gen auf die Einwirkung von Willenssperrungen und Stimmungen.

Zu diesen Kontrollprüfungen eignen sich als einfachste methodisch ausgearbeitete auf psychologischen Gesetzen beruhende und an Gesunden erprobte Arbeitsversuche, wie sie nachstehend vorgeschlagen werden sollen.

Zur Prüfung der Beeinflußbarkeit von Puls, Atmung, Blutdruck und Pulsdruck eignen sich die Arbeitsleistungen von 8 bis 10 Kniebeugen, das Ersteigen von Treppen in bestimmter Geschwindigkeit und unter Aufsicht, das Zurücklegen eines bestimmten Weges, im Marsch oder Dauerlauf, wobei der Umfang der Normalergebnisse für jeder Arbeitsanordnung besonders festgelegt werden muß.

Gemessen wird dabei der Meist- und Mindestblutdruck, die Schlagfolge, die Pulsgeschwindigkeit und die Atmungsgeschwindigkeit vor und nach der Arbeitsleistung, sämtlich bis zur Rückkehr zu dem Befund vor der Arbeit.

Um neben dem Einfluß körperlicher Arbeit den Einfluß geistiger Arbeit auf die gleichen Organerscheinungen festzustellen, ist stets bei krankhaftem Ausfall des körperlichen Arbeitsversuches mindestens ein einfacher auch auf der tiefsten Leistungsstufe geistiger Arbeit durchführbarer Arbeitsversuch, dessen Ergebnisse in der gleichen Weise festgelegt werden müssen, wie oben geschildert. Dafür eignet sich z. B. das Auszählen von Buchstaben in einem Text, der fremdsprachig sein muß, um die Aufmerksamkeit nicht durch die Bedeutung der Worte abzulenken. Außer den oben genannten Ermüdungszeichen liefert dieser durch 10 Minuten mindestens fortzusetzende Versuch durch Messung der Arbeitsgeschwindigkeit und der Fehlerzahl eine nach psychologischen Gesetzen zu verwertende Arbeitskurve.

Von den geistigen Fähigkeiten werden durch die nervösen Schwächezustände am stärksten beeinflußt die Merkfähigkeit und das Auffassungsvermögen. Zum dritten Arbeitsversuche eignet sich deshalb am besten das Erlernen von 4 und von sieben sinnlosen Silben durch wiederholtes Vorsprechen der ganzen Silbenreihe. Die erforderliche Wiederholungszahl (normal höchstens drei Wiederholungen bei vier Silben, zehn Wiederholungen bei sieben Silben) ergibt den Maßstab des Erlernungsvermögens.

Die Ermüdbarkeit der Muskeln wird am besten durch Dynamometerarbeit und Ergographenarbeit gemessen. Auch hier ergibt sich, wie bei der fortlaufenden Buchstabenzählung neben den allgemeinen Zeichen der Willenssperre, der Ermüdbarkeit und Überreizung eine nach bestimmten Gesetzen verwertbare Arbeitskurve.

Alle die vorstehend genannten Arbeitsmethoden sind so einfach in ihrer Durchführung (abgesehen von den Herztonmessungen und Blutdruckprüfungen), daß sie ebenso wie Harnuntersuchungen und mikroskopische Blutuntersuchungen von gut eingearbeitetem Hilfspersonal, Assistenten oder Schwestern durchgeführt werden können. Krankhafte Befunde bedürfen der Kontrolluntersuchung des Arztes. Von den üblichen psychologischen Untersuchungen unterscheiden sich die vorstehend genannten durch die Messung und Verwertung der krankhaften, durch die Arbeit hervorgerufenen Reiz- und Ermüdungserscheinungen, von den gewöhnlichen klinischen Methoden durch die genaue Dosierung der an die Kräfte der Kranken gestellten Anforderung und durch die Verwertbarkeit der Arbeitskurven. Das Nebeneinander von körperlicher und geistiger Arbeit ist erforderlich, um die tatsächliche Bedeutung der stets einander überlagernden nervösen Störungen zu ermitteln. Die Anforderungen, die durch die vorgeschlagenen Untersuchungswege an die Kräfte des Untersuchers gestellt werden, sind keine größeren als bei den klinischen Aufklärungen schwieriger innerer Organkrankheiten. Die gesprächsmäßige Einfühlung des Kranken und die noch so lange Beobachtung seiner Lebensäußerungen kann die vorstehend vorgeschlagene methodische Messung seiner Kräfte nicht ersetzen.

Die durch die Wachsaalbeobachtungen auszuschließenden Schädigungen sind insbesondere der vorbereitende Genuß von Tabak, Kaffee, Alkohol und geschlechtliche Ausschweifungen.

Die bewußte Vortäuschung einzelner Krankheitszeichen oder Störungen ist ungemein selten. Untersuchungstechnisch fehlen bei ihr sowohl alle Allgemeinzeichen der Ermüdbarkeit wie gewöhnlich auch die krankhaften Arbeitsreaktionen auf den nicht beteiligten Gebieten. Sie ist also „monosymptomatisch" im engsten Sinne. Einfacher Nachweis von Vortäuschung auf Grund der bekannten Methoden von Erben, Niedner, Stöstin, Sachs und Freund ist dagegen kein Beweis für das Fehlen krankhafter Grundlagen.

Die krankhaften Willenssperrungen beruhen am häufigsten auf Stimmungsanomalien, welche dem Emotionstupor, einer Verstimmungsform zwischen Angst und Trotz nahestehen. Sie erhalten je nach den Besonderheiten der Charaktergrundlage ihre besondere Färbung. Sie unterscheiden sich von der bewußten Vortäuschung des Gesunden dadurch, daß die krankhafte Erregung und Affektstörungen sich in allen Arbeitsversuchen mehr oder weniger gleichmäßig äußert, und daß die unwillkürlichen Äußerungen der Erregung nachweisbar oder durch Arbeitsmethoden hervorzurufen sind. Der Nachweis der erblichen Belastung oder früher überstandener nervöser Störungen tritt gegenüber diesem tatsächlichen Nachweis der seelischen Krankheitsgrundlage an Wert wesentlich zurück. Untersuchungstechnische Äußerungen dieser krankhaften Willenssperrung sind Gesichts- und Gehörsfeldeinschränkung, das Sichfallenlassen bei Fuß-, Augenschluß, das Abbrechen der Arbeit bei den fortlaufenden Arbeitsmethoden nach guten Endleistungen, die Verweigerung des Atemanhaltens durch Pressen und des Kraftmesserdruckes durch Überstreckung der Armmuskeln, die Atembeschleunigung bei der Arbeit. Dagegen können überstarke und regellose Schwankungen der fortlaufenden Arbeit mäßige Gesichtsfeldeinschränkung, erschwertes Erlernen sowohl Erschöpfungs- wie Sperrungszeichen sein.

Pulsbeschleunigung, Blutdruck und Pulsdrucksteige-

rung bei der Untersuchung, welche bei der Arbeit und in der Wachsaalruhe nachlassen, sind lediglich ein Zeichen seelischer Erregbarkeit und beweisen weder Willenssperrung noch Erschöpfung. Hirnreizung, einschließlich Epilepsie, kann sich im Arbeitsversuch durch Verlangsamung des Ruhepulses wie des Arbeitspulses, aber besonders klar durch Verminderung des Pulsdruckes verraten. Hohe und schwankende Pulszahlen bei körperlichen und geistigen Arbeitsversuchen, bei schlechtem Pulsdruck und geringem oder schwankendem Meistdruck sind der Erschöpfung, aber auch gewissen angeborenen Formen der Nervenschwäche eigen (untrainierter Kreislauf der selbständigen Marschbauern). Diese Arbeitsversuche sind besonders beim Auftreten von Ohnmachten und Krampfanfällen während der Märsche grundsätzlich durchzuführen. Bei den Erlernungsversuchen kennzeichnet sich die Erschöpfung sowohl durch verlangsamtes Erlernen, als durch ungenügendes Festhalten bei täglicher Wiederholung des Erlernungsversuches. Im fortlaufenden geistigen Arbeitsversuch kennzeichnet sich die Erschöpfung durch gute Anfangsleistung mit überrascher Ermüdung, die Ermüdung durch allgemeine Verlangsamung und Schwankungen der Arbeitsgeschwindigkeit und durch vermehrte Fehlerzahl. Der zuverlässigste Ermüdungsversuch ist der Auffassungsversuch, bei dem man jedoch neben der allgemeinen Ermüdbarkeit stark von der besonderen Ermüdbarkeit der Augen abhängig ist.

Durch Anwendung der ganzen Arbeitsversuchsreihen wird nicht nur aufgeklärt, inwieweit die Störungen von Willenssperrungen, Erschöpfung oder Überreizung herrühren, sondern auch, welche Sondergebiete (Augenmuskeln, Gleichgewichtssinn, Eingeweidenerven) von der Störung besonders ergriffen sind. Die Erschöpfung der Kriegsteilnehmer ergreift am stärksten schon vorher geschwächte Organe und umfaßt sowohl Reizerscheinungen als Schwächezeichen. Die verschiedenen Ursachen der Erschöpfung (Infektionskrankheiten, Blutverlust, Schmerz, langer Felddienst, Unterernährung, Sorgen) sind meist ohne unterscheldenden Einfluß auf die Zusammensetzung des einzelnen Krankheitsbildes, soweit sie nicht durch regionäre Muskelkrämpfe (im Sinne von H e a d) örtliche Reizzeichen hinterlassen. Auch der Lendenschmerz beruht nicht selten auf Kreislaufstörungen im kleinen Becken (Blutaderstauchungen) und kann somit manchmal ohne örtliche Befunde durch Pulsdruckschwäche und durch die Arbeitsversuche als echt erwiesen werden.

Die vorstehenden Grundsätze mußten bei dem außerordentlichen und noch immer zunehmenden Umfang der neurologischen Gutachtertätigkeit der öffentlichen Kritik unterbreitet werden, um Klarheit zu schaffen, inwieweit ihre entscheidende gutachtliche Verwerung von den maßgebenden Fachkreisen als berechtigt anerkannt wird.

Buchbesprechungen.

— Psychiatrische en Neurologische Bladen, Uitgever F. van Rossen. Nr. 2, Maart-April 1917.

Das Blatt enthält fünf Originalien: einen englisch geschriebenen aus dem Laboratorium der Psychiatrisch-Neurologischen Utrechter Klinik (The development of the protoplasm in the reactive neuroglia cell) von Winkler-Junius, einen deutsch geschriebenen aus dem Niederländischen Zentralinstitut für Hirnforschung in Amsterdam (Über den Verlauf der Beinfasern in der Pyramidenbahn) von B. Brouwer und drei holländisch geschriebene Arbeiten von Bolten (Over de beteckenis der bloedantitrypsinen voor de psychiatrisch-neurologische diagnostiek), Muskens (De Ponto-Cerebellaire of Acusticus-tumor) und Hulshoff Pol (Het bouwen van annexgestichten te Lawang). Fast jeder Artikel ist illustriert mit vorzüglich scharfen Bildern auf extra gutem Papier. Möge die Zeitschrift weiter so ihre wahrhafte Neutralität bewahren!

Wern. H. Becker, Herborn.

— Schloeßmann: Der Nervenschußschmerz. Kriegschirurgische Studie. Berlin 1917, J. Springer.

Verfasser hat sich speziell mit den Nervenschmerzen, die nach Schüssen an der lädierten Stelle auftreten und sich bei genauer Beobachtung von dem allgemeinen Wundschmerz scharf differenzieren lassen, beschäftigt und ihnen diese 96 Seiten lange Broschüre gewidmet. Das erste Kapitel handelt von „Häufigkeit und Vorkommen", das zweite vom „zeitlichen Auftreten und äußeren Entstehungsursachen", das dritte behandelt die „Symptomatologie", das vierte die „anatomischen Befunde", das fünfte das „Wesen des Nervenschußschmerzes", das sechste spricht von dem „Spontanverlauf", das siebente von der „Behandlung".

Der Kriegschirurg wird in dem vorliegenden Hefte eine Beantwortung der Frage finden, die Verfasser auf Seite 3 seines Werkes aufwirft: „Ist es möglich, Beziehungen zu finden zwischen dem Auftreten des Schußschmerzes und der Art der anatomischen Nervenverletzung, den Mitverletzungen der Umgebung, der Lokalisation des Schusses in der Nervenbahn?" — Recht ange-

nehm berührt auch, wenn Verfasser die Notwendigkeit des Zusammenarbeitens von Chirurgen und Neurologen betont. Vielleicht weiß der Neurologe bei einer zu erhoffenden Neuauflage des Büchleins auch in dem großen Kapitel der Behandlung etwas von psychotherapeutischen Erfolgen zu sagen.

Wern. H. Becker, Herborn.

— Hecht, Dr. Victor, Physikalisch-therapeutische Nachbehandlung Kriegsverwundeter. Leitfaden für Ärzte und Schwestern. 260 S. Mit 178 Originalabb. Wien und Leipzig 1916, W. Braumüller.

Der Verf. sagt mit Recht, daß die mächtigen Erfolge der möglichst frühzeitig einsetzenden physikalischen Therapie, ihr Anteil an der Verhütung des Kriegsinvalidentums jetzt fast jeden Arzt nötigen, sich für dieses Gebiet zu interessieren. Auch muß man ihm das Zeugnis ausstellen, daß es ihm bestens gelungen ist, die Technik manueller Methoden auf dem Wege des gedruckten Wortes und des photographischen Bildes zu veranschaulichen. Es werden nach anatomischer Einleitung dargestellt: Massage, Gymnastik, Behandlung mit Apparaten, Schienen, Wärme, Bäder, Elektrizität, Lichtbestrahlung, Arbeitstherapie, zum Schluß Einrichtung und Organisation von mechano-therapeutischen Abteilungen. Das Buch muß bestens empfohlen werden B.

Personalnachrichten.

— Der Charakter als Geheimer Sanitätsrat wurde verliehen: dem Sanitätsrat Dr. Dluhosch, Direktor der Prov.-Heilanstalt zu Obrawalde; Sanitätsrat Dr. Schneider, Direktor der Prov.- Heilanstalt in

Osnabrück; Sanitätsrat Dr. Snell, Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Lüneburg; — der Charakter als Sanitätsrat dem Oberarzt Dr. H. Bauer, Prov.-Heilanstalt Ückermünde, Dr. R. Christoph, Oberarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Kosten; Oberarzt Dr. G. Deutsch an der Prov.-Heilanstalt in Treptow a. R.; Dr. Hermann Engelken, Oberarzt an der Prov.-Heilanstalt Pfafferode; Dr. R. Ganter, Heilanstalt in Wormditt; Dr. E. Heinze, Direktor der Prov.-Heilanstalt in Schwetz; Dr. Th. Hinrichs, Oberarzt an der Prov.-Heilanstalt in Schleswig; Dr. A. Ketz, Oberarzt an der Prov.-Heilanstalt in Schwetz; Dr. E. Kellner, Direktor der Prov.-Heilanstalt in Münster; Dr. M. Lückerath, Oberarzt an der Prov.-Heilanstalt in Bonn; Dr. B. Neugebauer, Oberarzt an der Prov.-Heilanstalt in Conradstein; Dr. O. Repkewitz, Oberarzt an der Prov.-Heilanstalt in Schleswig; Dr. B. Risch, Oberarzt an der Prov.-Heilanstalt in Eichberg, Dr. K. Wickel, Oberarzt an der Prov.-Heilanstalt in Dziekanka.

— **Coswig-Hartheck.** San.-Rat Dr. Lehmann hat am 1. Juli d. J. die Leitung der Heilanstalt Lindenhof in Coswig i. Sa., die er 13 Jahre lang inne hatte, aufgegeben und die Heilanstalt Hartheck pachtweise übernommen.

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. Nr. 17/18. 1918/19.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 17/18. 3. August. **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Aus der Kgl. Sächsischen Heil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen.

Beiträge zur Kenntnis der Bazillenruhr (Dysenterie und Pseudo-Dysenterie) mit besonderer Berücksichtigung der Schutzimpfung.

Von Anstaltsarzt Dr. **Krekeler.**

(Schluß.)

Zur Bekämpfung der Ruhrepidemie wurden außer anderen folgende zwei Maßregeln ergriffen: Vor allem schufen wir die oben beschriebenen, vollkommen von dem übrigen Anstaltsbetrieb abgesonderten Abteilungen, die von weiblichem Pflegepersonal und einem Pfleger auf der Männerseite, von Pflegerinnen auf der Frauenseite versorgt wurden. Ihre Einrichtungen haben sich durchaus im weiteren Verlauf der Epidemie bewährt. Auf diese Abteilungen wurden alle unter charakteristischen Ruhrerscheinungen und verdächtigen Durchfällen neu erkrankten Verpflegten verlegt. Ferner stellte die hiesige Königliche Anstaltsdirektion durch Vermittlung des Direktors des Hygienischen Institutes an der Universität Leipzig, Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Kruse, eine Laborantin an, die bei allen verdächtigen Neuerkrankungen die Fäzes möglichst frisch bakteriologisch untersuchte und, wenn nötig, eine Blutuntersuchung anschloß. Anfangs fanden die Untersuchungen in der Weise statt, daß frische Stuhlproben in einem Laboratorium der hiesigen Anstalt auf Nährböden ausgestrichen, daraufhin in das hygienische Institut geschickt wurden, um dort weiter bearbeitet zu werden. Die Resultate schienen aber auf diese Weise beeinträchtigt zu werden. Später erfolgte deshalb die Untersuchung der frischen Stuhlproben in dem serologischen Laboratorium der hiesigen Anstalt durch die Laborantin, das diesen besonderen Zwecken angepaßt wurde. Die Resultate erhielt jedoch das hygienische Institut zur Nachprüfung. Außerdem wurden nebenher von allen nicht an Ruhr erkrankten Insassen der Anstalt mehrere Stuhlproben genommen und zu verschiedenen Zeiten bakteriologisch durchuntersucht.

Die Untersuchung der Stuhlproben von unter charakteristischen Ruhrerscheinungen blutig oder wäßrig-schleimiger Durchfälle Erkrankter zeitigte den Erfolg, daß in vielen Fällen in den Entleerungen „Krusesche Pseudo-Dysenterie-Bazillen" nachgewiesen werden konnten. Außerdem wurde ein neues Bakterium gefunden, das eine Mittelstellung zwischen Paratyphus und Bact. coli commune einnimmt (vgl. Prof Kruse, Über Veränderlichkeit der Seuchen, insbesondere des Typhus und der Ruhr; Münch. med. Wochenschr. 1917 Nr. 40 S. 1309 bis 1311). In mehreren Fällen konnte der klinische Befund bakteriologisch und durch die Darmsektion pathologisch-anatomisch bestätigt werden.

Die Untersuchung der Stuhlproben aller Kranken der Anstalt führte dazu, daß sowohl Dysenterie- als auch Typhusdauerausscheider mit Sicherheit nachgewiesen wurden.

Von den Dysenteriedauerausscheidern erkrankten einige später an charakteristischen dysenterischen Erscheinungen. Einige blieben nach Überstehen der Dysenterie Dauerausscheider. Immer

war die Feststellung der Typhusdauerausscheider im Gegensatz zu der der Dysenteriedauerausscheider erheblich leichter. Auch hatten die zur Bekämpfung einer kleinen Typhusendemie, die neben der Ruhrepidemie auftrat, aufgewendeten Maßregeln den Erfolg, daß es gelang, alle Typhusdauerausscheider zu finden. Die Typhusfälle wurden bis zu ihrer Heilung abgesondert, ebenso die Dauerausscheider. Die letzteren sind dann nach der Landesanstalt Colditz verlegt worden, wo eine besondere Abteilung für männliche Typhusdauerausscheider eingerichtet wurde, und in der alle derartigen Kranken aus den Landesanstalten vereinigt sind. Besonders nachdem wir in einem, durch seine Unsauberkeit, sein ungeordnetes und unruhiges Verhalten sehr gefährlichen Kranken, einen Typhusdauerausscheider gefunden hatten, von dem sicherlich die letzten Typhusfälle ihren Ausgang genommen hatten, ist die Typhusendemie völlig erloschen. Bei der Dysenterie dagegen hatten alle getroffenen Vorkehrungen leider nicht den gleichen Erfolg, denn noch immer traten auf den schon früher am schwersten ergriffenen Abteilungen sporadisch einzelne Ruhrerkrankungen auf.

Bemerken möchte ich noch, daß aus einer Anzahl von Stuhlproben die Züchtung der Pseudo-Dysenteriebazillen nicht gelang, weil der Nährboden von Proteusbazillen überwuchert war. Die Beobachtung, daß es überhaupt nur in einer im Vergleich zur Gesamtzahl der Ruhrerkrankungen geringen Anzahl (30 v. H.) der Fälle gelang, die Pseudo-Dysenteriebazillen zu züchten, die Herr Prof. K r u s e in seiner obenerwähnten Arbeit als Pseudo-Dysenteriebazillen J bezeichnet, mag ihre Ursache darin haben, daß dieselben offenbar außerhalb des menschlichen Darmes sehr bald absterben. Freilich läßt sich diese Annahme nicht damit in Einklang bringen, daß die Bazillen sehr leicht übertragen werden, ob mittel- oder unmittelbar, ist schwer zu entscheiden. Jedenfalls scheint die Lebensfähigkeit der Bazillen im menschlichen Darm, insbesondere in dem von gewissen Geisteskranken, eine äußerst langdauernde zu sein; denn es ist beobachtet, daß Kranke, die einmal eine Dysenterie durchgemacht haben, besonders sogenannte Dauerausscheider viele Monate und Jahre für ihre Umgebung unter besonders günstigen Umständen ansteckungsfähig bleiben können. Vielleicht erklärt sich aus dieser Eigenschaft der Dysenteriebazillen das im Anfange der Ausführungen erwähnte Auftreten sporadischer Fälle auf den einzelnen Abteilungen.

Alle einigermaßen verdächtigen Fälle wurden auf der Beobachtungsabteilung längere Zeit beobachtet und je nach ihrem Weiterverlauf untergebracht. Das Bett des Erkrankten und alle Gegenstände, mit denen er in Berührung gekommen war, seine Kleidungsstücke, der Saal, das Klosett wurden mit Lysollösung (zwei- bis dreiprozentig) desinfiziert. Überhaupt wurden die Abteilungen, auf denen Dysenteriefälle aufgetreten waren, wiederholt desinfiziert und frisch geweißt. Begünstigt hat ferner sicherlich das Haften der Dysenterie auf gewissen Abteilungen das Vorhandensein von sogenannten „Trogklosetts", deren Entfernung leider infolge des Kriegs sich verschoben hat, ferner die Tatsache, daß wir genötigt waren, infolge Mangels an brauchbarem Ersatz für die zum Heeresdienst einberufenen Pfleger, die Kranken dichter zusammenzulegen, als das vordem geschah.

Die klinischen Krankheitserscheinungen wurden nach den allgemein bekannten Grundsätzen behandelt. In jedem Fall erhielten die Kranken im Beginn der Ruhr ein Abführmittel wie Rizinusöl und, nachdem dasselbe nicht mehr zu beschaffen war, Calomel. Während der akuten Erscheinungen erhielten die Kranken dann neben Schleimsuppen altbackenes Weißbrot und Pfefferminztee statt Kaffee, Darmadstringentien, Tannalbin, Tanigen u. a. m. Eine Zeitlang wendeten wir eine Kombination von Karlsbadersalz mit Bismutum subnitricum mit leidlichem Erfolge an, ferner gaben wir getrocknete Heidelbeeren und von diesen bereitete Suppen, weiterhin Bolus, Bolusal, Optanin, Kombelen (hergestellt in der Bayr. Farbenfabrik Leverkusen) und Tierblutkohle. Durchgreifende Erfolge wurden mit keinem Mittel erzielt, wenn auch mit Gaben von Bolusal und Tierblutkohle vorübergehende Besserungen erzielt wurden.

Schließlich wurden auch 7 weibliche Kranke therapeutisch mit einem Serum behandelt, das in dem Seruminstitut der Chem. Fabrik „Bram" hergestellt war. Ein Einfluß auf den Verlauf der Erkrankung konnte nicht beobachtet werden.

S c h u t z i m p f u n g.

Die beiden bisher im wesentlichen zur Bekämpfung der Ruhr ergriffenen Maßregeln reichten, wie das Auftreten immer neuer Fälle lehrte, nicht aus, um sie zum Erlöschen zu bringen. Sie bestanden einmal darin, daß nicht allein alle Kranken mit ruhrähnlichen oder verdächtigen Erscheinungen, sondern überhaupt alle Durchfallskranken als ansteckungsfähig betrachtet und auf die zu diesem Zweck geschaffene „Ruhrabteilung" verlegt wurden. Die Abteilungen, von denen derartige Kranke kamen und alle mit diesen in Berührung gekommenen Gegenstände, wurden einer gründlichen Desinfektion durch Lysollösung unterzogen. An-

dererseits war man seit Monaten bestrebt, durch bakteriologische Reihenuntersuchungen sämtliche Ruhrbazillenträger in der Anstalt festzustellen, um sie ebenfalls unschädlich zu machen. Zur Unterstützung dieser Maßregeln, die an sich wohl zweckentsprechend waren, bei denen es jedoch unter Berücksichtigung der durch den Kriegszustand verursachten Schwierigkeiten fraglich erschien, ob sie dazu hinreichten, die Seuche zum Erlöschen zu bringen, wurde auf Anregung von Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Kruse die Vornahme einer Schutzimpfung bei den Kranken und dem Pflegepersonal geplant. Bei einer größeren Zahl von beiden wurde die Schutzimpfung auch ausgeführt. Allerdings lagen reichliche Erfahrungen über den Nutzen einer solchen „Ruhrschutzimpfung" schon deswegen nicht vor, weil man nur ausnahmsweise davon Gebrauch gemacht hatte. Die bisher gemachten Erfahrungen waren jedoch derartig, daß sie zur Nachahmung in unserer hart betroffenen Anstalt aufforderten. Nachdem Herr Geh. Med.-Rat Prof. Kruse sich bereit erklärt hatte, die Herstellung des Impfstoffes nach einem Verfahren, das aussichtsreich erschien, zu veranlassen, konnte mit den Schutzimpfungen im Juli begonnen werden. Verwendet wurde ein Ruhrimpfstoff, der nach Angaben von Dr. Ditthorn und Dr. Löwenthal in Berlin in dem Seruminstitut der Chemischen Fabrik „Bram" in Öltzschau bei Leipzig hergestellt war. Geprüft war derselbe bereits im Krankenhaus zu Charlottenburg bei Berlin und in der Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz. In der letzteren hatte man mit dem gleichen Impfstoff 1000 Personen, Kranke und Personal, geimpft und eine schwere Ruhrepidemie zum Erlöschen bringen können. Nachdem von der hiesigen Anstaltsdirektion zuvor die Einwilligung der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertreter der Kranken zur Ausführung der Schutzimpfung eingeholt war, wurden bisher fünf Gruppen, die aus Pflegepersonal und Kranken bestanden, geimpft.

Die Schutzimpfung der ersten Gruppe fand am 19. Juli, 26. Juli, 1. August 1917 auf der Abteilung A 2 III statt (zweites Obergeschoß des Hauses für halbruhige Männer A 2). Auf dieser Abteilung waren während der letzten Ruhrepidemie die meisten Neuerkrankungen beobachtet worden. Bei einer Reihe derselben konnte klinisch einwandfrei, bakteriologisch dagegen nicht immer Dysenterie nachgewiesen werden. In den meisten Fällen entsprach auch der pathologisch-anatomische Befund bei den Verstorbenen durchaus der klinischen Diagnose. Von den 20 Kranken und 2 Ersatzpflegern, aus denen die erste Gruppe bestand, schieden zwei Kranke nach der ersten Phase der Impfung aus, so daß für die Beurteilung noch 18 Kranke und 2 Pfleger übrig blieben. Ein dritter Kranker war zwar auf dringenden Wunsch nach der zweiten Phase der Impfung zu einer Familienfestlichkeit beurlaubt, konnte aber bei einem späteren Impftermine zum dritten Male geimpft werden, so daß auch er vollständig der Impfung unterzogen wurde. Ein von der Gesamtbeurteilung ausscheidender Verpflegter erkrankte bereits an dem der ersten Impfung folgenden Tage (20. Juli 1917) an blutig-schleimigen Durchfällen und ist am 20. August 1917 an allgemeiner Erschöpfung bei Paralyse und Dysenterie verstorben. Der zweite sträubte sich während der Ausführung der ersten Impfung sehr heftig, so daß von weiteren Impfungen Abstand genommen wurde.

Die Ausführung der Schutzimpfung erfolgte in der Weise, daß unter aseptischen Kautelen am ersten Impftage je 0,5 ccm des vorher nach Vorschrift stark geschüttelten Impfstoffes, nach einer Woche am zweiten Impftage die doppelte Menge, je 1 ccm, und nach einer weiteren Woche am dritten Impftage je die dreifache Menge, 1,5 ccm unter die Haut im Bereiche der Brust eingespritzt wurde. Verwendet wurde eine 1-ccm- und 2-ccm-Rekordspritze, die zur besseren Aufsaugung des in dem Impfstoff vorhandenen und durch das Schütteln des in der Lösung verteilten Niederschlages eine weite Ansatzkanüle (Nr. 16) trug. Meist wurde bei der ersten Impfung die rechte, bei der zweiten die linke und bei der dritten wieder die rechte Brustseite zum Einstich gewählt. Dadurch wollten wir vermeiden, daß der Impfstoff in eine noch von der vorhergehenden Impfung bestehende Infiltration gespritzt wurde. Durch dieses Verfahren wurde zweifellos die Schmerzhaftigkeit der Impfung gemildert.

Nach der ersten Impfung zeigte sich die Impfstelle bei vier Impflingen am ersten bzw. zweiten Tage leicht gerötet und geschwollen, jedoch ohne Fieber und sonstige Beschwerden. Bei einem fünften Impfling traten dieselben Erscheinungen unter abendlichem Fieber bis 38,2 auf, welches am nächsten Morgen wieder verschwunden war. Rötung und Schwellung der Impfstelle zeigten sich bei drei von diesen fünf Impflingen auch bei der zweiten Impfung und wiederholten sich bei einem von ihnen auch bei der dritten Impfung. Bei allen fehlte das Fieber. Bei der zweiten Impfung boten fünf Impflinge, außer den obenerwähnten, Rötung und Schwellung der Impfstelle ohne Fieber, bei der dritten nur einer ohne Fieber. Ein Impfling erkrankte am 29. Juli an rasch vorübergehenden,

nicht charakteristischen Durchfällen. Ein anderer, der bereits nach der ersten Impfung Fieber bis 38,2 hatte, zeigte am Tage nach der zweiten Impfung eine Temperatur von 37,8. Bei allen übrigen Impflingen blieb während der Durchführung der Impfung die Temperatur dauernd unter 37,5.

Bei der zweiten Gruppe erfolgte die Schutzimpfung in der vorstehend geschilderten Weise am 16. August, 23. August und 30. August 1917. Diese Gruppe umfaßte 22 Pflegerinnen und 2 Ersatzpfleger. Bei allen wurde die Schutzimpfung vollständig durchgeführt.

Nach der zweiten Phase der Impfung klagten 6 Pflegerinnen über heftige Kopfschmerzen. Bei 10 trat nach der 1. und 2. Impfung Fieber zwischen 37 bis 38,3 bis 39,2 auf. Die Einstichstelle war bei der gleichen Anzahl gerötet und geschwollen. 7 Pflegerinnen klagten nach der zweiten und dritten Phase über heftige Störungen des allgemeinen Befindens, Kopfschmerzen, Übelkeit, Schmerzen im ganzen Körper und Schluckbeschwerden. Diese Erscheinungen erreichten den höchsten Grad um Mitternacht des ersten Impftages. Am folgenden Tage waren die Nebenerscheinungen verschwunden, ohne daß eine besondere Behandlung stattgefunden hätte.

Bei der dritten und vierten Gruppe erfolgten die Impfungen am 31. August, 7. September, 14. September bezw. am 3. September, 10. September und 17. September 1917. Sie umfaßten 61 weibliche Kranke, 3 Pflegerinnen und 3 Hausmädchen. Von diesen schieden nach der ersten Phase der Impfung aus vier weibliche Kranke wegen Erkrankung an Dysenterie, eine, weil sie sich weigerte, weitere Impfungen vornehmen zu lassen.

Nach der zweiten Impfung schied eine weibliche Kranke wegen körperlicher Hinfälligkeit aus. Die dritte Phase wurde an allen verbliebenen Impflingen vollzogen. Von denselben hatten Fieber über 37,5 bis 39,6 15 nach der ersten Impfung, 34 nach der zweiten Impfung, 25 nach der dritten Impfung, 15 Rötung mit Schwellung der Impfstelle, 3 Rötung derselben allein, 10 allgemeine Schmerzen, 7 Kopfschmerzen, 2 Übelkeit und 1 Kollapserscheinungen. Bei einer weiblichen Kranken traten nach der dritten Impfung Durchfälle mit Schleim und Blut und Fieber auf. Der Fall verlief leicht.

Die Kollapserscheinungen wurden bei einer sonst gesunden Schwester beobachtet; sie bestanden in Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, allgemeinen Schmerzen und Erbrechen. Dabei zeigte sich Fieber bis zu 39,5 und Schüttelfrost mit starkem Schweißausbruch.

Sämtliche Erscheinungen verschwanden jedoch im Laufe der der Impfung folgenden Nacht, so daß die Schwester am nächsten Morgen sich wieder wohl fühlte und ihren Dienst verrichten konnte.

Bei der fünften Gruppe erfolgte die Schutzimpfung am 11. September, 17. September und 25. September 1917 und umfaßte 42 männliche Kranke von den Abteilungen A 2 III und A 2 II (erstes und zweites Obergeschoß des Hauses A 2). Von den 42 Geimpften schieden nach der ersten Impfung aus: zwei wegen körperlicher Schwäche, einer, weil die Angehörigen die Einwilligung zur Vornahme weiterer Impfungen zurückgezogen hatten. Nach der zweiten Impfung schieden aus: einer wegen körperlicher Schwäche und starker Unruhe und einer wegen körperlicher Hinfälligkeit, so daß insgesamt 37 Impfungen stattgefunden haben. Von den Geimpften hatten Fieber über 37,5 bis 38,9 8 nach der ersten Impfung, 7 nach der zweiten Impfung, 9 nach der dritten Impfung, 7 Rötung mit Schwellung, 2 allgemeine Schmerzen, 2 Kopfschmerzen, 1 Schwindelanfall, 1 große Unruhe und Verworrenheit und 1 Kollapserscheinungen.

Bei der fünften Gruppe traten bei einem Kranken zwei Stunden nach der dritten Impfung heftige Beschwerden auf. Es handelt sich um einen 34 Jahre alten Kranken (Diagnose: Dementia praecox), der, obwohl er sich in einem herabgekommenen Ernährungszustande befand und sehr anämisch war, die beiden ersten Impfungen ohne Fieber oder sonstige Beschwerden ertragen hatte, so daß ohne Bedenken auch die dritte bei ihm vorgenommen wurde.

Die dritte Phase der Impfung ertrug er gut. Nach 2 Stunden (25. September) sah er sehr verfallen aus, lag in passiver Rückenlage leicht benommen da, stöhnte laut, klagte über Atemnot und heftige Schmerzen in der linken Brustseite. Temperatur 36,8, abends 36,5, Puls 72, 64. Zur Linderung seiner Schmerzen erhielt er 10 Tropfen Morphiumlösung (dreiprozentig) und 10 Tropfen Digalen, außerdem 3 ccm Oleum camphoratum subkutan. Danach ließen die Schmerzen etwas nach, ebenso die Atemnot. Am 26. September, dem nächsten Tage, verschlechterte sich der Zustand wieder. Temperatur früh 34,2 und 36,9, abends 36,6. Puls 80, 80, 86. Unter Gaben von dreimal täglich 10 Tropfen Morphium mit 10 Tropfen Digalen und 3 ccm Oleum camph. subkutan am Abend leichte Besserung. Bis zum 2. Oktober schwankte das Befinden noch, der Puls war bisweilen sehr weich und setzte aus. Nachdem er jedoch täglich Oleum camph. subkutan und Digalen erhalten, besserte

sich der Zustand vom 3. Oktober 1917 an zunehmend. Heute hat sich der Kranke völlig erholt.

Die Schutzimpfung wurde also vollständig durchgeführt an

Gruppe 1: 20 Männer, — Frauen
Gruppe 2: 2 Männer, 22 Frauen
Gruppe 3: — Männer, 38 Frauen
Gruppe 4: — Männer, 23 Frauen
Gruppe 5: 37 Männer, — Frauen
59 Männer, 83 Frauen,
zusammen: 142 Personen.

Die Vornahme der Schutzimpfung hat also nur in zwei Fällen zu schweren Nebenerscheinungen geführt. Alle Impflinge fühlen sich gegenwärtig wohl.

Hinzufügen möchte ich noch, daß von den in der ersten Gruppe geimpften Kranken weitere sechs von der Gesamtbeurteilung ausscheiden. Von diesen erkrankte einer, der an einer weitfortgeschrittenen Paralyse litt, die Schutzimpfung an sich gut vertragen hatte, jedoch vor und nach derselben durch langanhaltende Unruhe körperlich stark verfallen war — am 8. September 1917 —, an blutigschleimigen Durchfällen. Obwohl die Ruhr ohne Fieber mittelschwer verlief, erlag der Kranke derselben am 24. September 1917, indem sich Marasmus und Herzschwäche einstellte. Weitere drei Kranke wurden ebenfalls von einer fieberlos und leicht verlaufenden Ruhr befallen, überstanden dieselbe und fühlen sich bis jetzt wohl, trotzdem es sich um zwei weit fortgeschrittene Fälle von Paralyse handelt, die unruhig waren, und einen dritten Kranken (Dementia praecox), der infolge von Erregungszuständen und Nahrungsverweigerung durchaus nicht sehr widerstandsfähig war. Ferner starben zwei Kranke, an denen die Schutzimpfung ohne Nebenwirkungen vorübergegangen war, der eine, ein Fall von Dementia senilis, an hochgradiger Erschöpfung nach Tobsucht, der zweite, ein Paralitiker, an Darmtuberkulose.

Demnach bleiben zur endgültigen Beurteilung noch 136 Personen. Keine von diesen hat bisher unangenehme Nachwirkungen der Schutzimpfung erkennen lassen. Auch ist die Zahl der Neuerkrankungen an Ruhr im September und Oktober 1917 erheblich zurückgegangen. Auf Abteilung A 2 III wurden freilich noch drei Kranke, die nicht geimpft waren, im Oktober 1917 von Ruhr befallen. Obwohl einer nach einer fünf Tage dauernden, äußerst schweren Form des Leidens verstarb, sind die Impflinge auf dieser Abteilung frei von verdächtigen Erscheinungen geblieben, trotzdem die Möglichkeit einer Ansteckung sicherlich, wie die erwähnten Fälle beweisen, gegeben war.

Nach unseren Erfahrungen sind die infolge der Impfung beobachteten Nebenerscheinungen bei sorgfältiger Auswahl der Kranken doch derartig, daß weitere Schutzimpfungen sich empfehlen. Vor allem, wenn man in Betracht zieht, daß es uns gelang, auf einer Abteilung, die bisher sehr viele Neuerkrankungen aufzuweisen hatte, die Ruhr fast zum Erlöschen zu bringen. Sicherlich aber unterstützt die Schutzimpfung alle übrigen Maßregeln, die zur Bekämpfung der Ruhr aufgeboten werden, sehr wesentlich.

Am Schluß der Ausführungen möchte ich noch bemerken, daß bei allen Kranken, die an Ruhr verstarben, oder solchen, die auf Abteilungen, auf denen Ruhrerkrankungen zum Ausbruch gekommen waren, an anderen körperlichen Krankheiten verstarben, die Darmsektion vorgenommen und, wenn nötig, die Sektion des übrigen Körpers zur Klärung der Diagnose angeschlossen wurde.

Anfangs war es möglich, die Sektionsergebnisse in der Anstalt selbst genau zu prüfen; das Ausscheiden von zwei Ärzten im Anfang 1917 vermehrte die Arbeitsleistung für die vier verbliebenen derart, daß es nicht möglich gewesen wäre, in der bisherigen Weise alle Sektionen zu machen. Der Direktor des pathologischen Institutes an der Universität Leipzig, Herr Geheimer Rat Prof. Dr. Marchand, hatte die Güte, die Prüfung des gewonnenen Sektionsmaterials zu übernehmen. Durch dieses liebenswürdige Entgegenkommen war es nun möglich, alle Verstorbenen zu sezieren. Es würde leider den Rahmen dieser Ausführungen weit überschreiten, wenn ich alle gewonnenen Resultate anführen wollte, vielleicht kann das später einmal geschehen, da alle Befunde festgelegt wurden.

Herr Geheimer Rat Dr. Marchand konnte in zahlreichen Fällen die von uns gewonnenen klinischen und bakteriologischen Beobachtungen pathologisch-anatomisch vollkommen bestätigen. Bei fieberlos verlaufenen Fällen konnten pathologisch-anatomische Veränderungen nachgewiesen werden, die als Dysenteria catarrhalis bezeichnet wurden. Bei fieberhaftem Verlaufe der Ruhr waren auch die pathologisch-anatomischen Befunde entsprechend schwerere. In einzelnen Fällen, die unter hohem Fieber bis zu 40,2, massenhaften blutig-schleimigen Entleerungen, starken Schmerzen in wenigen Tagen zu schwerem Kräfteverfall des Erkrankten führten, beobachtete man schwere ulzeröse Veränderungen im Darm. Auch gelang es, nachzuweisen, daß einzelne Kranke, die auf mit Ruhr verseuchten Abteilungen an anderen körperlichen Leiden ver-

storben waren, und während der letzten Krankheit keine für Ruhr charakteristischen Erscheinungen aufgewiesen hatten, in ihrem Darm Veränderungen aufwiesen, die darauf hindeuteten, daß bei ihnen eine allerdings schleichend verlaufende Ruhr vorhanden war. Der Nachweis derartiger Fälle dürfte besonders wichtig sein, da er einmal zeigt, wie äußerst schleichend eine Ruhr verlaufen kann und wie wichtig es beim Vorhandensein solcher Erkrankungsformen ist, alle Ruhrkranken mit Sicherheit von den anderen zu trennen. Vielleicht wäre die Annahme berechtigt, daß gerade solche Fälle die Ursache der immer wieder sporadisch auftretenden Ruhrfälle sind. Denn bakteriologisch konnten bei ihnen keine Ruhrbazillen nachgewiesen werden. Möglich wäre es auch, daß wir in ihnen Dauerträger einer äußerst schleichend verlaufenden Ruhr vor uns haben, die unter besonders ungünstigen Verhältnissen Urheber einer Epidemie sein können. Eine andere Erklärung dieser Fälle war mir nicht möglich.

An dieser Stelle möchte ich mir gestatten, Herrn Obermedizinalrat Dr. Ackermann für die Unterstützung und Anregung bei der Arbeit, Herrn Geheimen Rat Prof. Dr. Marchand und Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Kruse für das bewiesene Entgegenkommen meinen verbindlichen Dank abzustatten.

Seelenkundliches.

Von San.-Rat Dr. **J. Bresler.**

Ein Gehirnschema.

Bezüglich übersinnlicher Vorstellungen herrscht bei Urvölkern auffallende Übereinstimmung und Gleichförmigkeit in der Heilbringersage. Am meisten hervorsticht die Alcheringasage der Mittelaustralier, der Tezkatlipoca, der Heilbringer bei den Azteken, dem führenden unter den Nahuvölkern des alten Mexiko, und sein Widerpart Quetgalkoatl, die Federschlange; der Marduk der Babylonier, die Sagen bei den Masai in Afrika, die man für Übergebliebenes ursemitischen Glaubens hält (Merker, Die Masai, 1904). Der Knochenbau der Grundvorstellungen in allen diesen heiligen Sagen ist erstaunlich gleichartig. Wie soll man das erklären? Kurt Breysig (Entstehung der Heilbringer, Berlin 1905, G. Bondi), welcher sich damit sehr eingehend beschäftigt und bei dem ich die Sagen nachzulesen empfehle, denkt an drei Möglichkeiten: 1. Übertragung von einem Volk, aus einem Erdteil zum andern — wurde früher meist angenommen, ist aber nicht bewiesen. 2. Gleichförmigkeit der Entwicklung — trotz völliger örtlicher Getrenntheit — als Wirkung allgemein gültiger Regeln des menschlichen Werdegangs hat viel für sich. 3. Ein Grundstock von Vorstellungen kann allen oder doch den meisten Völkern von einer Urmenschheit oder von Urrassen als Erbe überliefert sein. Breysig hält die dritte Möglichkeit für die wahrscheinliche; ich möchte mich für die zweite entscheiden. Wer durch Beruf und Wissenschaft gewöhnt ist, bei Betrachten geistig-seelischen Geschehens in Vergangenheit und Gegenwart stets auch Ort und Organ vor Augen zu haben, an denen es sich beim Menschen vollzieht, dem drängt sich ganz von selbst die Vorstellung auf, daß wie Herz, Hirn und Blut in Stoff, Form und Wirken seit Urzeiten und überall im wesentlichen die gleichen sind, so auch Denkrichtungen und Gedankengebilde in den Grundzügen notwendig überall und jederzeit die gleichen sein müssen. Daran ändert Kultur nicht das geringste; denn auf höchsten Stufen der Geistesbildung schöpfen schwache Herzen aus Heilbringersagen Lebenskraft. Ich möchte solche Gedankengebilde als eins der vielen Gehirnschemata ansehen. Es gibt Gehirnschemata im grobanatomischen Sinne, d. h. für die Betrachtung mit dem bloßen Auge, solche hinsichtlich des feinsten mikroskopisch wahrnehmbaren Baues, worüber mein Freund Ramon y Cajal das herrliche, zum weitaus größten Teil auf eigener Forscherarbeit gestützte Werk: „Studien über die menschliche Hirnrinde" (Leipzig, J. A. Barth) geschrieben hat, Schemata bezüglich der Leitungen im Gehirn, bezüglich seines Chemismus, des Wahrnehmens und Denkens, des Temperaments, des Gedächtnisses, der Begabung usw. Wie sollte es da nicht möglich sein, daß sich jeder Mensch und jedes Volk seine eigenen Gedanken macht über Dinge, die für Alle Ziel gleicher Sehnsucht und doch zugleich das gleiche Rätsel sind, Rätsel, an dessen Lösung alle Menschen nur mit einem und demselben Mittel und Werkzeug herangehen können?

Es treten (siehe Breysig bezüglich der interessanten Einzelheiten) vier bis fünf Urbestandteile dieser Sage mit erstaunlicher Regelmäßigkeit über den Erdball hin auf: Zuerst der Heilbringer selbst, ein weiser oder heldischer Mann der Vorzeit, der Macht hat, Erde und Menschen umzuschaffen.

Feuer oder Sonne, Mond, Sterne, Unterricht in allerlei Menschenwerk zu spenden. Zweitens ein glücklich ausgehender Kampf dieses Heilbringers mit seinem Bruder oder Verwandten oder einem überstarken Tier (Drachen, Schlange usw.), das in der Sage einen Menschen und zwar jenen Bruder vorstellt oder dazu allmählich im Lauf der Sage umgewandelt wird (Breysig, S. 191). Drittens die Vorstellung einer Flut als Urflut vor Beginn aller menschlichen Dinge oder als Sintflut, als nachträgliche Überschwemmung der Erde im Sinne einer Strafe, — beides zuweilen in Zusammenhang mit dem Drachenkampf oder als Abschluß desselben. Ferner die Warnung eines bevorzugten Menschen vor der Sintflut, der Archenbau, die Aussendung dreier Tiere, Einzelheiten der Schöpfung. — Mit der Annahme, daß Australien der erste Sitz der Urmenschheit sei, stimmt überein, daß hier sich auch die ältesten Keimformen dieser Sagen finden. Merkwürdig ist der oft vorkommende Ursprung des Heilbringers aus der Tiergestalt, so die mittelaustralischen Alcheringawesen (Breysig, S. 63, 200) und Breysig fragt (S. 200): Könnte nicht aus dem allen ein letzter Nachhall der Abstammung des Menschen vom Tier herauszuhören sein? so daß in den Heilbringern die Urahnen der Menschheit verherrlicht wurden, die den entscheidenden Schritt vom Tier zum Menschen getan hatten (S. 201), und so daß es nicht eigentlich ein Gebilde der Einbildungskraft, nicht Gespensterschatten der Seelen, nicht aus den noch leeren Schemen abgezogene Naturbegriffe waren, woran die Menschen zuerst ihre Verehrung hefteten, sondern ein wirklicher leibhafter Mensch, — „der größte Sieg, den je der Gedanke der Persönlichkeit in aller Geschichte der Menschheit davon getragen hat" (Breysig, S. 202).

Von deutschsprachlicher Betrachtung aus möchte ich hier darauf hinweisen, daß Heil, hell und das griechische helios (Sonne), auch sol und salus, Worte des gleichen Stammes und Urbegriffs sind. Vom Sonnenlicht und Helle erwartete — und kannte — man schon in alter Vorzeit Heilung wie heute von den — neuentdeckten — Sonnenkuren. Bei Tier und Pflanze spricht man von Heliotropismus, was ich mit Sonnentracht zu übersetzen vorschlage. (Ob Sonne, gesund — und Sünde — auch zusammengehören?)

Die zweifache Gesetzmäßigkeit des Lebens.

So nennt Th. Ziehen, Professor der Philosophie in Halle a. S., früher Professor der Seelenheilkunde, das Ergebnis seiner Erkenntnislehre in der Schrift: Zum gegenwärtigen Stand der Erkenntnistheorie, zugleich eine Einteilung der Erkenntnistheorien. Wiesbaden 1913, J. F. Bergmann. Als erstes sind gegeben Empfindungen; die Vorstellungen gehen aus ihnen hervor, aber sie sind mehr als abgeschwächte Wiederholungen der Empfindungen; bei der Bildung von Vorstellungen treten noch ganz bestimmte Tätigkeiten hinzu, nämlich das Vergleichen, Zusammensetzen und Zergliedern. Die Zweigesetzlehre (Binomismus) Ziehens verzichtet darauf, in dem Gegebenen Seelisches und Stoffliches zu unterscheiden; alle Versuche solcher Unterscheidung, d. h. zwei Reihen von Wirklichkeiten nachzuweisen, sind gescheitert und müssen scheitern. Die eine Gesetzmäßigkeit ist die der Naturgesetze, der Physik und Chemie, wozu auch die Feststellungen über die Erregbarkeit des Gehirns und der Nerven gehören; hierbei entspricht jeder Wirkung eine Gegenwirkung. Alle im Sinne der Naturgesetze geschehenden Vorgänge sind dadurch gekennzeichnet, daß sie sich im Raum auf bestimmten Wegen und größtenteils, vielleicht sämtlich, mit einer bestimmten Geschwindigkeit fortpflanzen. Ziehen nennt dies Kausalgesetzlichkeit. Das andere ist die Parallelgesetzlichkeit; sie besagt, daß sich die Empfindungen unabhängig von den Naturgesetzen im engeren Sinne, d. h. von den Eindrücken, dagegen abhängig von den Erregbarkeitsverhältnissen des Gehirns verändern können. Diese Veränderungen pflanzen sich nicht auf bestimmten Wegen mit bestimmter Geschwindigkeit fort, vielmehr ist mit einem bestimmten Zustand des Gehirns eine bestimmte Empfindung unmittelbar gegeben. In unseren Wahrnehmungen sind Bestandteile zweierlei Art enthalten: solche, die auf dem Wege der Kausalgesetzlichkeit, und solche, die durch die Parallelgesetzlichkeit zustande kommen. Indem die Naturwissenschaft alles, was aus letzterer stammt, ausscheidet, gelangt sie zur Bildung einer allgemeinen Vorstellung von den Kausalgesetzen. Es liegt nahe, einzuwenden, daß man auf diese Weise zu der allgemeinsten Vorstellung, dem Ding an sich Kants, also auf einen toten Punkt gelangt. Aber das ist nach Ziehen deshalb ausgeschlossen, weil Kants Ding an sich ausdrücklich von Kant außerhalb aller Kausalgesetze und aller Erkennbarkeit gestellt ist, während der Naturwissenschaft, sich den Gegenständen der Ursachgesetzlichkeit möglichst zu nähern, keine Grenze von vornherein vorgeschrieben ist. Allerdings ist andererseits die Kausalgesetzlichkeit gegen die Parallelgesetzlichkeit nicht genau abgegrenzt. Die schöne Hoffnung auf ein philosophisches oder

speziell ein erkenntnistheoretisches System, das auch alle diese Fragen mit einem Schlag, gewissermaßen durch eine allgemeine Formel beantworten könnte, sei unerfüllbar. Es bedürfe noch besonderer Untersuchung, ob Räumlichkeit, Zeitlichkeit, Intensität usw. nur auf dem Wege der Parallelgesetzlichkeit als Reflexe des Gehirns, als Erscheinungen, entstehen, oder auch durch Kausalgesetzlichkeit. Das uralte Problem, der Gegensatz zwischen dem Sein, das durch das Denken ergriffen und begriffen wird und mit dem Denken eins ist, und dem Schein, den die Sinne bieten — ein Gegensatz, den zuerst Parmenides, geb. 515 v. Chr. in aller Schärfe hingestellt hat — bleibt also noch zu lösen.

Durch die Lehre von der Zweigesetzlichkeit will Ziehen die bisher und sonst in den einzelnen Systemen der Erkenntnistheorie gebräuchlichen Doppelbegriffe wie körperlich — seelisch, materiell — ideal, Subjekt — Objekt, Ich — Nichtich, Ding-an-sich usf. überflüssig machen. In der obenbezeichneten Schrift gibt er einen kritischen Überblick über diese Systeme, von denen keins zum Ziel geführt und dem Denkenden einen ruhenden Pol gewährt hat, höchstens, besonders bei den dogmatistischen Systemen, auf einen dem Gefühl wohltuenden Selbstbetrug mit an die Spitze des Systems gestellten selbstverständlichen, keines Beweises bedürfenden Sätzen hinausläuft.

Auf Ziehens „Erkenntnistheorie auf psychophysiologischer und psychologischer Grundlage", Jena 1913, G. Fischer, sei besonders hingewiesen; darin sind seine Ansichten eingehend auseinandergesetzt.

Aus der großen Zahl von Schriften gerade auf diesem Gebiet möchte ich mich im Anschluß an obiges mit einer kurz beschäftigen: J. Petzoldt, Die biologischen Grundlagen der Psychologie, Zeitschrift für Positivistische Philosophie 1914 Bd. II Heft 3-4. Petzoldt meint, „nur auf Grund einer nicht geprüften, also naiven Induktion" geschehe es, daß die weit überwiegende Mehrzahl der Nervenärzte, Seelenärzte und empirisch Seelenkundigen die ausnahmslose Verknüpfung des Seelischen mit dem Lebendigkörperlichen annehme. Was er selbst nun aber in seiner Abhandlung bringt, läuft im wesentlichen auf Vergleich seelischen Geschehens mit dem des Lebendigkörperlichen hinaus, auf einen Parallelismus, wie er in veränderter Weise, im Grunde aber als immer derselbe, von neuem sich aufdrängt, der unsere Erkenntnis aber über das Vergleichen nicht hinaus bringt, und er widerspricht sich hinsichtlich obiger Kennzeichnung der Wissenschaft von Hirn und Nerven selbst, indem er sagt (S. 164): „Und somit müssen wir alles seelische Geschehen bis in alle Einzelheiten durch neurologische Vorgänge eindeutig bestimmt denken" . . . „so müssen wir überall nach Formen des Seelenlebens suchen, die zugleich Formen des Hirnlebens . . . sind." (Er führt sogar für diese Erkenntnis den ebenso selbstverständlichen Ausspruch Machs an: Man müsse zu allen Einzelheiten, welche die physiologische Analyse an den Empfindungen zu entdecken vermag, ebenso viele entsprechende Einzelheiten des physischen Nervenprozesses aufzufinden erwarten.) Das schließt m. E. glatt die Forderung in sich, daß die Lehrstühle der Philosophie und Psychologie aufgehoben und dafür dem Betrieb der Wissenschaft vom Nervensystem, seinem Leben und Wirken mehr Raum gegeben wird. Form und Inhalt unseres Lebens würde sich übrigens dabei kaum merkbar ändern. Aber selbst wenn es soweit käme, würden wir Ärzte uns nie auf den Standpunkt der durchgängigen „funktionellen Abhängigkeit" des Psychischen vom „Physischen" stellen, einen Standpunkt, den Petzoldt vertritt; ob es der Standpunkt der Positivistischen Philosophie ist, entzieht sich meiner Kenntnis. Denn eine solche „Abhängigkeit" gibt es nicht.

Alle Achtung vor Machs „Ökonomieprinzip", Avenarius' „Prinzip des kleinsten Kraftmaßes", seinen „Vitalreihen" und seiner „Vitaldifferenz", vor „Überkompensation des Reizes" usf. — aber ein Dutzend solcher Gedankengebilde wiegt nicht den bescheidensten Baustein auf, den der Erfolg eines Versuchs oder der Wert eines Fundes auf dem Gebiet des Nervensystems für die Wissenschaft über die Seele liefert. Denn was aus innerer Erfahrung und begrifflich zu erfassen war, das haben die Menschen längst ausfindig gemacht.

An der Streitfrage über den Zusammenhang von Geist und Körper war mir eigentlich rätselhafter die Kehrseite: Warum trennen wir Geist und Körper?

Es scheint, daß manche glauben, das Problem des „Seelischen" tauche da auf und zu der Zeit, wo „Nerven" im Körper zum Vorschein kommen. Diese entstehen doch aber aus Zellen von allgemeinerem Bau und Wirken! Und woher stammen letztere?

Übrigens glaube ich nicht, daß Philosophie aufhören würde, wenn sie von den Lehrstühlen schwände. Denn Philosophieren ist seelisches Bedürfnis des Menschen, und in einzelnen dazu besonders Veranlagten eine Neigung, der zu folgen sie sich durch Fehlen philosophischer Lehrstühle nicht abhalten lassen würden. So sehen wir Philosophie, und mit recht großem Erfolg, betrieben lediglich aus Neigung und

gewissermaßen als eigenartiges Empfinden und Erleben der Welt von Leuten, die nicht Fachphilosophen sind; ich erinnere nur an E. von Hartmann.

Philosophie als Wissenschaft hat nur Sinn wie etwa die Musikwissenschaft oder die Wissenschaft von Dichtkunst und schöner Literatur, nämlich als geschichtliche und kritische Darstellung und Erklärung der philosophischen Systeme, der schöpferischen Leistungen. Aber als Schöpfung von Weltanschauung und Weltempfindung ist sie viel mehr Dichtung als Wissenschaft; selbst der komponierenden Musik steht sie näher als der letzteren.

Philosophische Schriften, soweit sie neue, eigenartige Weltanschauung geben, haben mit Werken der Dichtung und Musik das gemeinsam, daß sie außer der Zeit stehen; selbst die ältesten werden in der Gegenwart noch mit demselben Genuß und Verständnis gelesen wie zur Zeit der Entstehung — Grund und zugleich Beweis, daß sich menschliches Denken und Empfinden seit Urzeiten nicht um das geringste geändert hat. Für Leute, die von neuer Weltordnung träumen, muß das immer wieder gesagt werden.

Schiller sagt in „An einen Moralisten":

„. . . Und lerne: die Philosophie
schlägt um, wie unsre Pulse anders schlagen" . . .

Es ist bemerkenswert, daß wissenschaftliche, praktisch nützliche Bücher, solche, welche von konkreten Dingen handeln, von Geographie, Geschichte usw., nicht im entferntesten so zahlreich entstehen und gelesen werden wie Dichtungen, Romane usw. Der Mensch weilt gern im Reich der freien Einbildung, vielleicht weil er darin die Wirklichkeit mehrfacher, mannigfacher und freier genießt, das Leben mehrfacher, mannigfacher und freier lebt und reicher gestaltet oder — weil er die Wirklichkeit flieht. So liest er auch Schopenhauer und Nietzsche lieber als ein Buch über Astronomie oder Chemie. Es gibt andererseits viele, auch Gebildete, die instinktiv Abneigung gegen Lesen von Romanen wie von philosophischen Schriften haben.

Mitteilungen.

— **Die Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie** in München versendet folgendes Rundschreiben unterm 31. Mai 1918:

Indem wir für die freundliche Zusage, bei der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie einen Arbeitsplatz belegen zu wollen, unsern ergebensten Dank aussprechen, beehren wir uns mitzuteilen, daß die Anstalt am 1. April d. J. eröffnet wurde, freilich zunächst noch nicht in vollem Umfange. Die Verhältnisse des Krieges haben es mit sich gebracht, daß die Einrichtung der chemischen und der psychologischen Abteilung einstweilen verschoben werden mußte, bis es möglich sein wird, geeignete Räumlichkeiten und namentlich auch Persönlichkeiten für deren Betrieb zu gewinnen. Dagegen haben die beiden histopathologischen Abteilungen unter der Leitung der Professoren Nissl und Spielmeyer, die topographisch-histologische unter Professor Brodmann, die serologische unter Professor Plaut und die demographisch-genealogische Abteilung unter Professor Rüdin ihre Arbeiten aufgenommen. Wir beabsichtigen, außerdem noch eine klinische Abteilung zu betreiben, die Professor Kräpelin leiten wird.

Mit der Aufnahme von wissenschaftlichen Arbeitern denken wir, vom 1. Juli d. J. ab beginnen zu können. Die Zahl der verfügbaren Arbeitsplätze beträgt vorläufig in den drei anatomischen Abteilungen zusammen 10, in der serologischen Abteilung 4, in der demographisch-genealogischen Abteilung 3, in der klinischen Abteilung 6. Anmeldungen von Arbeitern für die einzelnen Abteilungen können jederzeit erfolgen; sie finden solange Berücksichtigung, wie in ihnen noch Plätze verfügbar sind. Die Benutzung der Arbeitsplätze denken wir uns, von besonderen Ausnahmefällen abgesehen, so, daß jeder Arbeiter hier eine bestimmte, seinen Neigungen nach Möglichkeit entsprechende wissenschaftliche Untersuchung durchführt, deren Ergebnisse tunlichst zur Veröffentlichung gelangen sollen. Bei der Auswahl der zu bearbeitenden Fragen wird dem Abteilungsleiter die Entscheidung darüber zustehen müssen, ob sie mit den der Forschungsanstalt zu Gebote stehenden Hilfsmitteln erfolgreich in Angriff genommen werden können. Auf der anderen Seite werden die Abteilungsleiter eine Liste derjenigen Untersuchungen aufstellen, die sich für die Bearbeitung unter den gegebenen Umständen eignen, um denjenigen Herren, die nicht mit eigenen Arbeitsplänen herkommen, die Wahl zu erleichtern.

Ein wechselnder Besuch verschiedener Abteilungen, um überall flüchtige Einblicke zu gewinnen, kann weder im Interesse der Arbeiter, noch der Forschungsanstalt, noch auch der die Arbeitsplätze mietenden Körper-

schaften empfohlen werden, da auf diese Weise die Fähigkeit zu selbständiger wissenschaftlicher Arbeit keinesfalls erworben werden kann, die doch das Ziel unserer Bestrebungen bildet. Dagegen soll den hier arbeitenden Herren durch Vorträge und Vorweisungen aller Art die Möglichkeit geboten werden, außer ihrem besonderen Arbeitsgebiete auch die Tätigkeit der übrigen Abteilungen kennen zu lernen.

Bei der Unmöglichkeit, während des Krieges eine größere Zahl von leistungsfähigen Mikroskopen zu beschaffen, muß vorläufig erwartet werden, daß die Herren, die anatomisch zu arbeiten wünschen, ihr eignes Mikroskop mitbringen.

Die Mietgebühr bitten wir auf das Scheck-Konto Nr. 9510 der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie bei der Bayrischen Hypotheken- und Wechselbank in München anzuweisen. Wir möchten dabei betonen, daß wir weit davon entfernt sind, diesen Mietpreis als Gegenwert für den von uns gewährten Arbeitsplatz anzusehen. Wir betrachten ihn vielmehr als die Unterstützung eines gemeinnützigen, der Erhaltung und Förderung der Volksgesundheit dienenden Unternehmens. Wenn wir dafür Arbeitsplätze zur Verfügung stellen, so geschieht das einmal, um auf diese Weise unsern Dank zum Ausdrucke zu bringen, sodann aber deswegen, weil so die Bestrebungen, denen die Forschungsanstalt dient, am nachhaltigsten und erfolgreichsten gefördert werden können.

Referate.

Schutzimpfungen gegen Dysenterie bei einer Irrenanstaltsepidemie. Von Dr. E. Csernel, Ministerialbakteriologe, und Dr. Rud. Fabinyi, Primararzt der Staatsirrenanstalt Lipotmezö in Budapest. Wien. klin. Wochenschr. 1918 Nr. 22.

Es wurde ein Serum des Bakteriolog. Instituts der Universität in Budapest verwendet, und eine polyvalente Vakzine nach der Simultanmethode von Shiga (russ.-japan. Krieg), ein Gemisch von Dysenterieserum und abgetöteten Dysenteriebazillen. C. und F. erprobten die Serovakzine zuerst an sich selbst; die allgemeine und lokale Reaktion war ganz gering. Es wurden dann 58 Angestellte und 380 Geisteskranke geimpft, größere Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Bei diesen 438 konnten nur 3 Erkrankungen auf ungenügenden Impfschutz zurückgeführt werden. Der eigentliche Ausbruch der Epidemie wurde durch Impfungen im letzten Augenblick zurückgehalten, trotz der allgemeinen Infizierung der Krankenabteilung. Als Dysenterie wurden nicht nur alle bakteriologisch positiven Fälle angesehen sondern auch negative mit klinisch und anatomisch für Dysenterie charakteristischem Befund. Bresler.

Buchbesprechungen.

— Bonne, San.-Rat, Oberstabsarzt Dr. Georg: Der deutsche Militarismus in seiner Bedeutung für die menschliche Kultur. 54 S. München, Verlag E. Reinhardt. Preis 1,95 M.

Verf., der durch vorzügliche Schriften in gleicher patriotischer Richtung sich bereits große Verdienste erworben hat, bringt hier eine gemeinverständliche überzeugende Begründung des allgemeinen Kulturwerts des Militarismus, wie wir ihn ja zwar täglich

zu unserem Schutz und Segen erfahren, wie er aber durch Belehrung weitester Kreise immer mehr in unsere Weltanschauung für alle Zeiten als wesentlicher und fester Bestandteil aufgenommen werden muß. Die Schrift verdient die möglichst weiteste Verbreitung.

Bresler.

Personalnachrichten.

— **Berlin.** Geh. San.-Rat Dr. Sander, ehemaliger langjähriger Direktor der Städtischen Irrenanstalt zu Dalldorf, vollendete am 24. Juni das 80. Lebensjahr.

Berichtigung.

Auf Seite 82, rechte Spalte, in der Schlußzeile des Artikels „Zur Alkoholfrage" muß es statt: herbeigeführt heißen: herabgesetzt.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. Nr. 19/20. 1918/19.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 19/20. 17. August. **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie.

XV. Folge.

§ 51 RStG.

... Die Frage, ob ein Mensch sinnlos betrunken ist, kann unbedenklich dem Gebiet des Zeugenbeweises zugerechnet werden, weil bei ihrer Beantwortung die urteilende Tätigkeit gegenüber der sinnlichen Wahrnehmung in den meisten Fällen untergeordnet und nebensächlich sein wird (vgl. RGSt. 37, 371). Deshalb durfte die Vernehmung der Entlastungszeugen über diese Frage nicht mit der Begründung abgelehnt werden, es handle sich dabei um ein Gutachten. Der hiernach vorliegende Verstoß im Sinne des § 377 Nr. 8 StPO. nötigte zur Aufhebung des Urteils. Die Urteilsbegründung läßt auch nicht ausgeschlossen erscheinen, daß die an zweiter Stelle geltend gemachte Revisionsrüge einer Verletzung des § 51 StGB. zutrifft. Wenn es im Urteil heißt: „Das Gericht hat demnach die Überzeugung erlangt, daß der Angeklagte wohl stark angetrunken war, daß er aber keineswegs sinnlos betrunken gewesen", so deutet das darauf hin, daß die Strafkammer zur Anwendung des § 51 StGB. sinnlose Trunkenheit für erforderlich gehalten hat. Das wäre rechtsirrtümlich, da schon Zweifel an der Willensfreiheit des Täters zur Freisprechung auf Grund des § 51 StGB genügen (RGSt. 21, 131; 5, 338; Goltd. Arch. 42, 45). Die Strafkammer wird dies bei der nochmaligen Verhandlung und Entscheidung der Sache zu beachten haben. (Urt. d. V. Sen. v. 4. Jan. 1916. 473/15.)
Jurist. Wochenschr. 1916 Nr. 14.

StGB. § 159, § 51.

Festgestellt ist, daß der Angeklagte seinen Knecht F. wiederholt aufgefordert hat, in einem strafrechtlichen Ermittlungsverfahren vor Gericht als Zeuge unwahrerweise, wie beide wußten, auszusagen, ersterer habe nur einmal am 5. Februar 1916 Roggen an seine Pferde verfüttert, wobei der Angeklagte damit rechnete, F. werde seine Aussage mit dem Zeugeneid zu bekräftigen haben. Dieser sei denn auch durch das Zureden jenes bestimmt worden, eine entsprechende Bekundung zu machen und zu beschwören. Eine Strafverfolgung des F. wegen Meineides ist ausgeschlossen, da er erwiesenermaßen infolge angeborenen Schwachsinns stärkeren Grades zur Zeit der Tat geisteskrank war. Bei dieser Sachlage ist die StK. mit Recht davon ausgegangen, daß gegen den Angeklagten nicht Anstiftung, sondern ein Unternehmen der Verleitung zum Meineid in Frage kommen, so daß zugleich von einem Verstoß gegen § 377 Nr. 4 StPO. keine Rede sein kann. Denn da auf F. § 51 StGB. Anwendung findet, liegt in dem von ihm geleisteten Meineid keine rechtlich erhebliche Handlung und demgemäß bei dem objektiven Mangel einer Haupttat wegen der unselbständigen, akzessorischen Natur der Anstiftung auch diese nicht vor (vgl. RGSt, 11, 56; 21, 14; 40 S. 21, 24 und 25). Dann war aber mit der Aufforderung zur Ablegung des wissentlich falschen Zeugnisses, die unter der Voraussetzung eintretender Beeidigung erfolgte, der Tatbestand des § 159 StGB. in seiner ersten Form bereits vollendet, zumal der Angeklagte nach Annahme der StK. weder voraussehen konnte, noch vorausgesehen hat, daß F. infolge seiner Geisteskrankheit einen Meineid

nicht leisten konnte, vielmehr damit gerechnet hat, der Zeuge werde einen rechtswirksamen Eid leisten müssen. Der Grund, aus welchem sich dieser vom Angeklagten gewollte Erfolg nicht verwirklichte, ist unerheblich (vgl. RGSt. 15, 259; RGRspr. 4, S. 267, 268). (Reichsgericht, Urt. v. 30. Oktober 1916. IV. 589/16.) Jurist. Wochenschr. 1918 Nr. 2.

§ 193 StGB.

Nach Dr. Ebermayer, Reichsgerichtsrat in Leipzig, Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Deutsch. med. Wochenschr. 1917 S. 1300 wurde von einem Amtsgericht einem Arzt, der einen Unfallverletzten als Simulanten bezeichnet hatte, der Schutz des § 193 StGB. zugebilligt. Das Verhältnis des Arztes zur Versicherung war ein solches, daß deren Interessen als den Arzt nahe angehend erachtet werden konnten. Auch ergab sich aus Form und Umständen nicht das Vorhandensein einer Beleidigung.

§§ 259, 51, 52, 55, 56 StGB.

Gründe: Für den inneren Tatbestand des § 259 StGB. ist erforderlich, daß der Täter „weiß oder den Umständen nach annehmen muß, daß die Sachen mittels einer strafbaren Handlung erlangt sind". Im Sinne des Gesetzes kann sich dieses Wissen nur auf diejenigen Merkmale der Handlung beziehen, die zur Erfüllung des Tatbestandes der Straftat notwendig sind. Denn nur das Vorliegen einer strafbaren Handlung, nicht die Strafbarkeit des Täters wird vorausgesetzt, RGSt. Bd. 18 S. 298. Würde daher der Beschwerdeführer über solche Tatbestandsmerkmale in Unkenntnis gewesen sein, die zum Vorliegen einer Handlung überhaupt und einer verbotenen im besondern erforderlich sind, und angenommen haben, daß Umstände vorhanden sind, die eine solche ausschließen, wie etwa nach § 51 oder 52 StGB., RGSt. Bd. 35, S. 73, so würde ihm das Wissen darüber fehlen, daß die Sachen mittels einer strafbaren Handlung erlangt sind, und somit der innere Tatbestand des § 259 StGB nicht erfüllt sein. . . . (IV. Strafsenat, Urt. v. 2. Januar 1917, g. B. IV 794/16.)

Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen 50. Bd. II. Heft. Leipzig 1917, Verlag von Veit & Comp.

§ 222 StGB.

Fahrlässige Tötung bei Ausübung des Heilverfahrens nach den Grundsätzen der „christlichen Wissenschaft" (Gesundbeten).

Aus den Gründen:

. . . . Das Gericht hat die Angeklagte H. der fahrlässigen Tötung der Hofschauspielerin Frau N. B. und die Angeklagte A. der fahrlässigen Tötung der Hofschauspielerin Al. v. A. schuldig erklärt. Die Entscheidung ist rechtlich nicht zu beanstanden. Soweit es sich bei ihrer Beurteilung um die Anschauungen der Lehre der „christlichen Wissenschaft" handelt, hatte das Reichsgericht ausschließlich die hierüber im Urteil getroffenen Feststellungen zu berücksichtigen.

I. Zur Revision der Angeklagten H.

1. Der Tod der Frau N. B., die seit 1906 an Zuckerkrankheit litt, ist nach dem Gutachten der Ärzte, denen das Urteil folgt, auf die völlige Nichtachtung der für Zuckerkrankheit gebotenen Diät zurückzuführen. Bei fortgesetzter Beobachtung dieser Diät, wie sie ärztlicherseits verordnet worden war, hätte sie noch etwa fünf bis zehn Jahre am Leben erhalten bleiben können. Für die Mißachtung der ärztlichen Vorschriften ist aber die Angeklagte H., die am 8. November 1913 die Behandlung der B. nach den Grundsätzen der sogen. christlichen Wissenschaft (Christian science) übernommen hatte, verantwortlich, da sie unter Hinweis darauf, daß ihre Lehre keine Speiseverbote kenne, der Kranken alles zu essen erlaubt hat, was ihr beliebte. Sonach ist mit Grund nicht zu bezweifeln, daß das Verhalten der Angeklagten, der von ihr als „christliche Helferin" der Frau B. erteilte Rat, die Ursache des Todes gebildet hat.

Hiergegen läßt sich nicht einwenden, daß Frau N. B. schon vor dem Auftreten der Angeklagten H. eine überzeugte Anhängerin der Lehre der Christian science war, und daß die Auskunft, die ihr auf ihre Anfrage wegen der Diät die Angeklagte erteilte, keine bindende Anordnung enthalten habe, der sie unbedingt hätte Folge leisten müssen. Gewiß ist es richtig, daß die Kranke mit der Übernahme der Behandlung durch die Angeklagte noch nicht ihr Selbstbestimmungsrecht verlor und daß sie an sich die Freiheit gehabt hätte, deren Anregungen und Ratschläge abzulehnen. Daraus folgt aber keineswegs, daß, wenn sie dem Rate der Angeklagten Gehör gab, die nunmehr infolge davon eintretenden übeln Wirkungen ausschließlich ihrem freien Willen zuzuschreiben wären. Dieser Wille stand eben, wie die Strafkammer annimmt, unter dem Einflusse der Angeklagten, zu der die Frau B. das Zutrauen gefaßt hatte, daß jene auch ohne die Anwendung medizinischer Mittel imstande sein werde, sie von ihrer Krankheit zu heilen; durch Zuspruch und Gebet in der Form stiller Betrachtung zur Verneinung der irrigen Krankheitsvorstellungen und zur Erweckung der Gegenvorstellungen von der allein vorhandenen Gottheit, die „Licht, Liebe, Leben" sei, sowie zur Wiederherstellung des Zusammenhangs

des Patienten mit der allumfassenden Gottheit, dem göttlichen Prinzip. Die eigene Kenntnis von der Heilmethode der Christian science, die sich Frau B. verschafft hatte, noch bevor sie die Angeklagte am 8. November 1913 zu ihrem Beistand erkor, ging nicht so weit, daß sie sich auch ohne den Rat der Angeklagten und aus eigenem Antriebe zur Aufgabe der bis dahin befolgten Diabetesdiät entschlossen haben würde. So die Meinung der Strafkammer, die ausdrücklich hervorhebt, bei der Kranken hätten in dieser Beziehung zunächst noch Zweifel obgewaltet; ausschlaggebend für die vollständige Vernachlässigung der Diabetesdiät sei bei ihr die Erklärung der Angeklagten H. gewesen, daß sich die ärztliche Behandlung mit der Heilmethode der christlichen Wissenschaft nicht vertrage und daß es nach deren Grundsätzen keine Speiseverbote gebe. . . .

2. Mit Recht wird von der Strafkammer ferner angenommen, daß die Angeklagte jene Todesursache schuldhaft gesetzt hat und daß ihr der Tod der Frau N. B. zur Fahrlässigkeit zuzurechnen ist. Die Revision sucht das Verhältnis zwischen der Angeklagten und Frau B. so darzustellen, als ob es sich dabei nur um die lose Verbindung von zwei Frauen gehandelt habe, die Anhängerinnen der gleichen (christlich-wissenschaftlichen) Lehre gewesen seien, nicht aber um ein Rechtsverhältnis mit daraus wechselseitig entspringenden Verpflichtungen. Das trifft nach den Feststellungen des angefochtenen Urteils nicht zu. Danach hat es die Angeklagte vielmehr übernommen, die Kranke nach den Grundsätzen ihrer Wissenschaft gesund zu machen. Sie hat der Frau B., wie das Urteil anführt, in der Zeit bis zum 24. November 1913 etwa fünf Heilbesuche abgestattet und hat auch sonst alltäglich für sie „gearbeitet". Daß die der Angeklagten obliegende Arbeit nicht in der Anwendung medizinischer Heilmittel bestand, die im Gegenteil für verderblich erachtet wurde, sondern, der von ihr vertretenen Lehre entsprechend, in einem stillen Sichversenken in die Allgegenwart Gottes, ist hierbei gleichgültig. Und es ist nur eine Sache des Ausdrucks, ob man diese von ihr im Interesse der Kranken aufgewendete mehr geistige Tätigkeit — die Tätigkeit einer „christlichen Helferin" — noch als Krankenbehandlung ansprechen will. Wenn das Urteil sie so bezeichnet, so schließt es sich dabei nur der Sprechweise der beiden Angeklagten an, die ihre Heilmethode und deren Betätigung selbst so genannt haben. Übrigens ist es keineswegs sprachwidrig, eine seelische Einwirkung auf den Geist der Kranken zu dem Zweck der Heilung als eine Art Krankenbehandlung zu kennzeichnen.

Nach Ansicht der Strafkammer hat sich die Angeklagte H. schon dadurch einer groben Fahrlässigkeit schuldig gemacht, daß sie bei ihrer völligen Unkenntnis in Dingen der Medizin sich überhaupt der Behandlung einer so ernsten Krankheit wie derjenigen der Frau N. B. unterzogen hat. Ob dem bei der Eigenart der hier in Betracht kommenden Verhältnisse ohne weiteres beizustimmen sein würde, kann dahingestellt bleiben. Denn die Angeklagte, die in dem Glauben befangen gewesen sein mag, mit Hilfe ihrer Methode alle körperlichen Leiden und Gebresten, selbst die schwersten und von der ärztlichen Wissenschaft für unheilbar erklärten, heilen zu können, hat sich nicht auf die Übernahme der Krankenbehandlung beschränkt, sondern hat diese auch dann noch fortgesetzt, als bereits sichtbare Anzeichen hervorgetreten waren, daß ihr Verfahren Schiffbruch gelitten hatte und daß es im weiteren Fortgange desselben aller Voraussicht nach zum Zusammenbruch kommen werde. Alsdann aber hätte sich die Angeklagte nach Feststellung der Strafkammer von der Behandlung zurückziehen und durch ihr Abtreten die Bahn freimachen müssen für ein Wiedereingreifen des Arztes. Dazu war sie, wie sie übrigens selbst zugibt, schon vom Standpunkt ihrer eigenen Lehre verpflichtet, wonach die Anhänger der christlichen Wissenschaft nur dann Aussicht auf Heilung ihres Leidens haben, wenn sie innerlich durchdrungen sind von der Richtigkeit der Lehre. Das hebt auch die Revisionsschrift des Verteidigers der Angeklagten H. hervor. Bleibt daher die erwartete Besserung aus oder zeigt sich sogar eine Verschlimmerung des Leidens, so weist das nach der Anschauung jener Lehre auf einen Mangel an Glauben hin. Und da ein solcher Mangel auf die Dauer auch nicht durch die Gegenarbeit des „Helfers" überwunden werden kann, fordert die Lehre den Helfer auf, sich in diesem Falle von dem Kranken zurückzuziehen.

Die Notwendigkeit des Rücktritts ergab sich für die Angeklagte H. sehr bald. Wie das Gericht als erwiesen ansieht, hat sich der Zustand der Frau N. B. schon nach Verlauf einer Woche, nachdem die H. an Stelle der A. die Behandlung übernommen hatte, erheblich verschlechtert. Die Kräfte der Kranken verfielen zusehends, die Schmerzen steigerten sich ins Unerträgliche, und das Leiden nahm schließlich eine so ernste Wendung, daß die Angeklagte, der diese Verschlimmerung nicht entgangen war, „bei auch nur einiger Überlegung damit rechnen mußte, wenn die Patientin lediglich in ihrer mentalen Behandlung verbleibe, könne der Tod eintreten". In der Fortsetzung dieser Behandlungsweise trotz des augenfälligen Mißerfolges unter ge-

flissentlicher Fernhaltung des Arztes konnte ohne Rechtsirrtum die Hauptschuld der Angeklagten gefunden werden. Der Vorderrichter ist überzeugt, daß wenn sich die Angeklagte von der Krankenbehandlung rechtzeitig zurückgezogen hätte, Frau B. trotz ihrer begeisterten Anhängerschaft an die Lehre der christlichen Wissenschaft sich dennoch wieder in die Behandlung eines sachverständigen Arztes begeben hätte und daß es dessen Eingreifen dann gelungen sein würde, die Kranke noch etwa fünf bis zehn Jahre am Leben zu erhalten.

Die Revision tritt der Auffassung entgegen, daß die Angeklagte verpflichtet gewesen sei, einem Arzte Platz zu machen. Sie führt aus: Die medizinische Wissenschaft habe kein Monopol auf Krankenbehandlung. Der Staat gewährleiste seinem Bürger die freie Wahl der Heilmethode und das Recht, über seinen Körper und sein körperliches Wohl nach Gutdünken zu verfügen. Niemand könne gezwungen werden, sich bei eintretender Erkrankung an einen Arzt zu wenden; selbst die Ausübung der Kurpfuscherei sei nicht verboten. Darum habe auch Frau B., gegen deren Leiden sich die ärztliche Kunst bis dahin als machtlos erwiesen, nicht gehindert werden können, ihr Vertrauen den Vertretern der christlichen Wissenschaft zuzuwenden und sich zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit derjenigen besonderen Heilfaktoren zu bedienen, die diese Wissenschaft ihren Gläubigen zur Verfügung halte, wobei namentlich in Betracht komme, daß der von dem Kranken zugezogene Helfer ihm gegenüber nicht etwa die Rolle des Arztes spiele; Heilmittel sei vielmehr einzig und allein die Erkenntnis der Allgegenwart Gottes und der Glaube daran.

Alle diese Erwägungen gehen an dem Punkte, auf den es ankommt, vorbei.

Der Kranke mag für seine Person sich behandeln lassen dürfen, wie er will und durch wen er will. Da er gegen sich selbst keine rechtlichen Verpflichtungen hat, wird er, von besonderen Verhältnissen abgesehen, in der Regel auch dann kein Unrecht begehen, wenn er sich in völlig zweckwidriger Weise und unter Mißachtung anerkannter Regeln der Gesundheitslehre behandeln läßt. Auf dieses Selbstbestimmungsrecht des Kranken kann sich indes der dritte, der die Krankheit eines anderen zu heilen übernommen hat, nicht berufen. Mit der Übernahme der Behandlung hat er immer zugleich die rechtliche Verpflichtung auf sich genommen, nach dem Maße seiner Kenntnisse und Einsicht alles in seinen Kräften Stehende zu tun, um den Kranken zu heilen. Verfehlt er sich hiergegen und läßt seine Behandlung die durch die Umstände des Falles gebotene Sorgfalt vermissen, so macht er sich insoweit strafrechtlich verantwortlich.

Sonach kann keine Rede davon sein, daß die Angeklagte in ihrer Eigenschaft als „christliche Helferin" von jeder rechtlichen Verpflichtung gegen Frau B. entbunden gewesen wäre. Richtig ist nur soviel, daß die Grundsätze der christlichen Wissenschaft, nach denen sie es übernahm, die Kranke gesund zu machen, die Anwendung materieller Heilmittel, wie sie die medizinische Wissenschaft bietet, ausschlossen, daß sich mithin ihre Vertragspflicht darauf beschränkte, der Frau B. die geistigen Mittel zugänglich zu machen, an deren alleinige Heilwirkung sie glaubte. Das hat aber auch der Vorderrichter nicht verkannt. Der Vorwurf, den er wider die Angeklagte erhebt, geht nicht dahin, daß sie unterlassen habe, einen Arzt zu Hilfe zu rufen, sondern dahin, daß sie bei ihrem Heilverfahren auch dann noch verharrt hat, als die fortschreitende Verschlimmerung im Zustande der Kranken sie bereits zu der Einsicht geführt hatte, daß die rein geistigen Mittel keinen Erfolg hatten und den drohenden Zusammenbruch nicht aufzuhalten vermochten. Da die Grundsätze der „Wissenschaft", zu denen sich die Angeklagte bekannte und zu deren Betätigung sie sich anheischig gemacht hatte, ihr in diesem Falle die Pflicht auferlegten, von der weiteren Behandlung der Kranken abzusehen, verfuhr sie unter allen Umständen pflichtwidrig, wenn sie dies unterließ. . . .

II. Zur Revision der Angeklagten A.

1. Die Angeklagte A. war als Vertreterin der christlichen Wissenschaft etwa Mitte Oktober 1913 von der schwer erkrankten Hofschauspielerin v. A. zur Beistandsleistung herbeigerufen worden. Fräulein v. A. litt an einer gefährlichen krebsartigen Hautkrankheit, die regelmäßig mit dem Tode zu enden pflegt und wegen deren sie bis dahin von verschiedenen Ärzten mit wechselndem Erfolge behandelt worden war. Die Angeklagte hat sich zur Übernahme der Helferschaft bereit erklärt, jedoch nur unter der Bedingung, daß die ärztliche Behandlung fortan wegfalle. Hierauf ist die Kranke eingegangen. Ihre weitere Behandlung hat sich dementsprechend darauf beschränkt, daß die Angeklagte teils durch Zuspruch, teils durch allgemeine stille Betrachtungen über das Wesen der Gottheit, gewisse geistige Gegenvorstellungen in der Seele der Kranken zu wecken gesucht hat. Um das körperliche Befinden der Kranken hat sich die Angeklagte, abgesehen davon, daß sie die Halsverbände mit lauem Wasser sowie die Kleiebäder zuließ, die früher der Naturarzt K. verordnet hatte und die sie als „nicht medizinisch" ansah, nicht gekümmert.

Als Folge dieser körperlichen Vernachlässigung hat sich, wie im Fall der Frau N. B. so auch hier, sehr bald eine erhebliche Verschlimmerung des Leidens eingestellt. Es haben sich Geschwüre gebildet, so namentlich eine stark eiternde Nackengeschwulst, die trotz andauernder sog. „szientistischer Arbeit" der Angeklagten im Laufe der Zeit einen immer bedrohlicheren Charakter annahm, bis schließlich am 17. Dezember 1913 auf das Drängen der Verwandten des Fräulein v. A. dessen Aufnahme in ein Krankenhaus erfolgte. Zu dieser Zeit war aber der Zustand der Kranken bereits hoffnungslos. Am 14. Februar 1914 ist sie dort ihrem Leiden erlegen. Als unmittelbare Todesursache bezeichnen die Urteilsgründe im Anschluß an das Gutachten der Sachverständigen: eine bei Einlieferung ins Krankenhaus nicht mehr aufhaltbare eitrige Verjauchung der Nackengeschwulst, herbeigeführt durch das Unterlassen jeglicher Reinigung und die zweckwidrige Behandlung mit einfachem Warmwasserverband, anstatt, wie notwendig gewesen wäre, mit Desinfektionsverbänden. Hätte noch bei Beginn der Eiterung, also etwa Ende November 1913, eine sachgemäße ärztliche Behandlung eingesetzt, so wäre zwar bei der Schwere der Krankheit keine vollständige Heilung eingetreten, wohl aber hätte sich dann — dies stellt die Strafkammer ausdrücklich fest — das Leben der Kranken noch für längere Zeit erhalten lassen.

2. Die in der letzteren Richtung getroffene Feststellung genügt zur Begründung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Tode der v. A. und ihrer vorausgegangenen Behandlung durch die Angeklagte. Dem steht nicht entgegen, daß die in dem Urteil näher geschilderte Hautkrankheit an sich unheilbar war und auch ohne das Eingreifen der Angeklagten über kurz oder lang unvermeidlich zum Tode geführt haben würde. Was der Angeklagten zur Last fällt, ist, daß sie durch ihr Dazwischentreten das Ableben der Kranken beschleunigt hat. Bei sorgfältiger ärztlicher Behandlung, für deren Unterlassung die Angeklagte verantwortlich ist, wäre der Tod auf alle Fälle nicht schon am 14. Februar 1914 eingetreten. Es bleibt also dabei, daß der Tod der v. A., so wie er tatsächlich eingetreten ist, d. h. ihr vorzeitiger Tod, in dem Eingreifen der Angeklagten seine Ursache findet.

Ob das eigene Verhalten der Kranken zu der Beschleunigung des Todes mit beigetragen hat, ist gleichgültig. Selbst wenn es geschehen wäre, würde das an der Ursächlichkeit zwischen dem Handeln der Angeklagten und dem nachfolgenden Tod nichts ändern. Die gegenteilige Meinung der Verteidiger beruht auf einem Mißverständnis der reichsgerichtlichen Rechtsprechung. Daß das Verhalten des Täters die ausschließliche Ursache des Erfolgs gewesen sein müsse, ist nicht erforderlich; die „volle" Verursachung wird aber nicht dadurch ausgeschlossen, daß neben der Tätigkeit des Beschuldigten noch andere Umstände zum Erfolge mitgewirkt haben (RGSt. Bd. 1 S. 373; Bd. 22 S. 173). Den Ausführungen in den Revisionsschriften gegenüber ist übrigens darauf hinzuweisen, daß sich die Kranke, soviel die Urteilsgründe erkennen lassen, seit der Übernahme ihrer Behandlung durch die Angeklagte deren Anordnungen beständig gefügt, und daß sie schließlich nichts anderes getan hat, als was ihr von jener vorgeschrieben worden war. Um so weniger kann daran gedacht werden, eine andere als die von der Angeklagten gesetzte Ursache für den vorzeitigen Eintritt des Todes verantwortlich zu machen. Das gilt auch von der neben der Tätigkeit der Angeklagten einhergehenden Krankenpflege der Fr. O., die sich unter dem Einfluß der Angeklagten ebenfalls im Rahmen der Heilmethode der christlichen Wissenschaft bewegte. Und es gilt nicht minder von der fortgesetzten Zulassung der Halsverbände und Kleiebäder des Naturarztes K., die in einem früheren Krankheitsstadium verordnet worden waren, als sich die Wunden nicht zu eitrigen Geschwüren entwickelt hatten, und die bei rechtzeitiger Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe sofort eingestellt worden wären.

3. Verfehlt ist der Einwand der Revision, daß der Tatbestand der fahrlässigen Tötung eine äußere mechanische Einwirkung auf den Körper des Getöteten voraussetze. Dies ist so wenig richtig, daß unter Umständen gerade die Unterlassung einer solchen Einwirkung dem Täter als Fahrlässigkeit angerechnet werden kann. Entscheidend ist lediglich, ob der Tod zurückzuführen ist auf einen Mangel an derjenigen Sorgfalt und Überlegung, zu welcher der Täter nach Lage der Dinge sowie nach seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet und imstande ist.

Die Verpflichtung, sorgfältig zu sein, hat aber jeder, der einen anderen zu heilen übernimmt, gleichviel nach welcher Methode dies geschieht und ob hierbei die Grundsätze der medizinischen Wissenschaft oder irgend welche andere zur Anwendung kommen. Vergeblich beruft sich die Angeklagte dementgegen darauf, daß das von ihr in Übereinstimmung mit der Lehre der christlichen Wissenschaft angewandte „mentale Verfahren" keine Krankenbehandlung sei, sondern, der Auffassung der Bibel entsprechend, nur eine Kundgebung des religiösen Gedankens enthalte, daß die Vertiefung in Gott geeignet sei, die Nichtigkeit aller Krankheits-

erscheinungen hervortreten zu lassen. Der Glaube an die Lehre dieser Wissenschaft und das unbegrenzte Vertrauen zu der ihr innewohnenden Heilkraft gaben der Angeklagten kein Recht, sich von der Forderung gewissenhafter Pflichterfüllung gegen die Kranke enthoben zu erachten. Die Freiheit der religiösen Überzeugung und die Art. 12, 27 der Preuß. Verfassungsurkunde, auf die sich die Revision hierbei stützen zu können vermeint, haben damit nichts zu tun. In Frage kommen kann nur, ob die Angeklagte sich schon dadurch hat eine Pflichtwidrigkeit zuschulden kommen lassen, daß sie ohne irgendwelche medizinische Erfahrung sich vermaß, die Behandlung einer so schweren Krankheit ausschließlich mit den Mitteln der szientistischen Wissenschaft in Angriff zu nehmen.

In dieser Beziehung gilt das bereits unter I. Gesagte. Selbst wenn man der Angeklagten zugute halten will, was ihr Verteidiger geltend macht, daß sie von der Heilkraft ihrer Methode innerlich überzeugt war und daß sie zunächst keinen Grund hatte, ihrer Wirksamkeit zu mißtrauen, so kam doch, wie das angefochtene Urteil mit Recht hervorhebt, ein Zeitpunkt, wo sie vom Standpunkt ihrer eigenen Anschauungen aus diese Zuversicht nicht mehr haben und den Glauben an die Überlegenheit ihrer Wissenschaft mit gutem Gewissen nicht mehr aufrecht erhalten konnte. Das war die Zeit, wo sich trotz ihrer unausgesetzten Nah- und Fernarbeit der Zustand der Kranken von Tag zu Tag zusehends verschlechterte und sie daher inne wurde, daß es an einer wesentlichen Vorbedingung fehlte, unter der allein ihre Behandlung einen Einfluß auf das Leiden zu gewinnen vermochte, nämlich an dem Glauben der Kranken. Die Verschlimmerung im Befinden der Kranken war nach dem Urteil so auffallend, daß sich die Besucher der v. A. bei ihrem Anblick damals geradezu entsetzt haben. Jetzt mußte sich die Angeklagte, der jene Verschlimmerung nicht entgangen war, klar darüber werden, und nach den Urteilsgründen ist sie sich auch vollkommen klar darüber gewesen, daß ihre „Wissenschaft" hier versagte. Wenn das Gericht sie bei solcher Lage der Dinge für verpflichtet erklärt, ihren Platz am Krankenbett zu räumen und ihre Behandlung einzustellen, da sie bei Anwendung auch nur einiger Aufmerksamkeit sich habe sagen können, daß ihre Behandlungsweise einen verhängnisvollen Ausgang nehmen werde, so ist das nicht rechtsirrig. Die Angeklagte kann nicht verlangen, in dieser Hinsicht anders beurteilt zu werden als ein Arzt, der eine verkehrte Heilmethode fortsetzt, auch nachdem er sich durch ihre ungünstigen Einwirkungen auf das Befinden des Kranken von ihrer Verkehrtheit bereits überzeugt hat. Die Feststellung, die Angeklagte habe schuldhaft gehandelt, als sie, die eingetretene Verschlimmerung mißachtend, bei ihrer fehlerhaften Behandlungsweise verharrte, kann hier um so weniger einem rechtlichen Bedenken unterliegen, als die von der Angeklagten selbst für maßgebend erachteten Grundsätze der christlichen Wissenschaft es ihr in dem bezeichneten Falle geradezu zur Pflicht machten, sich von der Kranken zurückzuziehen. Daß Fräulein v. A., wenn dies rechtzeitig geschehen wäre, sich selbst überlassen, wieder einen Arzt herbeigerufen hätte und daß es dessen Kunst gelungen sein würde, das Leben der Kranken zu verlängern, steht fest. . . ." (II. Strafsenat, Urteil vom 14. April 1916 g. H. u. Gen., II 54/16.)

Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen. Herausgegeben von den Mitgliedern des Gerichtshofs und der Reichsanwaltschaft, 50. Bd. 1. Heft. Leipzig 1917, Verlag Veit & Comp.

§ 493 StPO.

Anrechnung des Aufenthalts in einer Irrenanstalt auf die Strafzeit.

Gründe: Ob angesichts der Vorschrift des § 493 StPO. in dem Falle, wenn ein Verurteilter nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Geisteskrankheit in eine Irrenanstalt gebracht wird, eine Unterbrechung der Strafvollstreckung seitens der Staatsanwaltschaft überhaupt eintreten kann, ist streitig. Neuerdings mehren sich die Stimmen, die dies verneinen: Löwe-Rosenberg, StPO. bei § 493; Rosenberg in Deut. Strafr.-Ztg. 1916 S. 10; Rixen, Zur Frage der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthalts auf die Strafzeit, Jurist.-psychiatr. Grenzfragen 1914. Doch hält das Beschwerdegericht an der früher von ihm vertretenen und herrschenden Ansicht fest, daß trotz der bezeichneten Vorschrift des Gesetzes eine solche Unterbrechung zulässig und möglich ist. Mitbestimmend ist für das Beschwerdegericht gewesen, daß auch die Kommission für die Reform des Strafprozesses sich auf diesen Standpunkt gestellt hat (Protokolle Bd. II S. 294), und daß in dem Entwurf einer Strafprozeßordnung von 1908, wie die Begründung zu §§ 471 bis 473 ergibt, das geltende Recht nicht abgeändert werden sollte, obgleich freilich die Fassung des § 472 Abs. 2 des Entwurfs darüber wiederum einen Zweifel aufkommen läßt, so daß eine gesetzliche Klarstellung wünschenswert erscheint.

Aber auch von dem Standpunkt der Zulassung einer Strafunterbrechung aus muß erfordert werden, daß die Unterbrechung nicht lediglich von der Strafvollstreckungsbehörde durch eine schriftliche

Verfügung angeordnet wird, sondern daß sie auch durchgeführt wird, derart, daß nach der Unterbrechung sich die Strafvollstreckungsbehörde aller Verfügungsgewalt über den Verurteilten begibt, und daß der Aufenthalt des Verurteilten in der Irrenanstalt nicht mit Rücksicht auf die noch bevorstehende Strafvollstreckung verlängert wird. Ist sein Aufenthalt dort zu seinem Schutze oder zum Schutze der Allgemeinheit nicht mehr erforderlich, worüber die zuständige Verwaltungsbehörde zu entscheiden hat, so ist der Verurteilte zu entlassen und darf nicht mit Rücksicht auf den Rest der Strafverbüßung festgehalten werden; vgl. auch OLG. Düsseldorf, Beschluß vom 13. September 1907, Goltd. Archiv Bd. 56 S. 111.

Im vorliegenden Falle ist zunächst demgemäß verfahren. Bei Unterbrechung am 17. August 1913 hat die Staatsanwaltschaft der Polizeibehörde hier mitgeteilt, daß sie sich jeder Verfügung über den bisherigen Strafgefangenen begebe, und es hat an diesem Tage die Polizeibehörde auf Grund des § 22 des hamburgischen Gesetzes betr. das Verhältnis der Verwaltung zur Rechtspflege, den Beschwerdeführer zu seinem Schutze und zur Abwendung von Gefahren für andere Personen in Verwahrung genommen und zur Heilung der bei ihm festgestellten Geistesstörung der Irrenanstalt Langenhorn überwiesen; auch sind die Kosten von diesem Tage an von der Allgemeinen Armenanstalt getragen. Die Strafunterbrechung ist dem Verurteilten bekanntgegeben.

Nach Verlauf längerer Zeit ist dann eine Besserung in dem Befinden des Verurteilten eingetreten. Die Direktion der Irrenanstalt Langenhorn hat darüber auf Ersuchen des Beschwerdegerichts mitgeteilt, der Beschwerdeführer würde unter gewöhnlichen Verhältnissen, wenn er nicht Strafgefangener gewesen wäre, nicht die ganze Zeit bis 11. November 1915 in der Anstalt zurückbehalten worden sein; er sei deshalb länger zurückbehalten worden, weil nach seinem Abgang wieder die Fortsetzung des Strafvollzuges wenigstens habe versucht werden müssen und es deshalb angezeigt gewesen sei, sein Nervensystem durch entsprechende längere Anstaltsbehandlung zu kräftigen. Es geht daraus und aus den Akten der Irrenanstalt hervor, daß, als die Besserung des Beschwerdeführers eintrat, zwar der Polizeibehörde unter dem 18. Januar 1915 seitens der Irrenanstalt mitgeteilt worden ist, N. sei so weit wieder hergestellt, daß er demnächst als strafvollzugsfähig in das Gefängnis zurückgeführt werden könne, daß aber hieraufhin nicht von neuem geprüft worden ist, ob der Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Anstalt zu seinem oder anderer Personen Schutze noch erforderlich sei. Auch die herangezogenen Akten der Polizeibehörde ergeben hierüber nichts anderes. Hiernach liegt die Sache so, daß anzunehmen ist, der Beschwerdeführer würde, wenn er nicht Strafgefangener gewesen wäre, bei seiner Besserung aus der Anstalt entlassen worden sein, die weitere Festhaltung in der Anstalt ist mit Rücksicht auf den noch ausstehenden Strafvollzug geschehen. Die Irrenanstaltsdirektion hat den genauen Zeitpunkt nicht angeben können, wann seine Entlassung hätte stattfinden können. Da unter dem 18. Januar 1915 von Besserung berichtet wird, so muß zugunsten des Verurteilten angenommen werden, daß schon am 1. Januar 1915 N. so weit gebessert war, daß er hätte entlassen werden können.

Da also der Beschwerdeführer von diesem Tage an lediglich deshalb in der Irrenanstalt behalten worden ist, weil er Strafgefangener war, mag dies auch zu seinem Besten geschehen sein, so ergibt sich die Folge, daß für diese Zeit die Vorschrift des § 493 StPO. wieder Anwendung finden muß, so daß die Zeit vom 1. Januar bis 11. November 1915 in seine Strafzeit einzurechnen ist. (Beschl. vom 18. April 1916. Bs. St. 7/16.)

Arch. f. Strafrecht 63 Bd. Heft 1-2, Entsch. deutscher Oberlandesgerichte.

§ 399 StPO.

S a c h v e r s t ä n d i g e n - G u t a c h t e n a l s n e u e T a t s a c h e o d e r n e u e s B e w e i s m i t t e l i. S. d e s § 399 Z. 5 S t P O. Durch Urteil des Landgerichts Fr. vom 5. November 1913 ist die Lehrerin F. u. a. wegen mehrfachen Betrugs im wiederholten Rückfalle (begangen 1912-13) verurteilt worden. Schon 1906 war gegen sie vom Schöffengericht B. eine Verurteilung wegen Betrugs ergangen; in diesem Verfahren war sie auf ihren Geisteszustand untersucht und für zurechnungsfähig befunden worden. Nachdem sie dann i. J. 1914 vom LG. Br. von der Anklage wegen i. J. 1911 verübter Betrügereien wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochen worden war, stellte die Staatsanwaltschaft Fr. mit Bezug auf diese Freisprechung den Antrag auf Wiederaufnahme des durch Urteil vom 5. November 1913 abgeschlossenen Verfahrens. Das Landgericht verwarf den Antrag als unzulässig, im wesentlichen mit der Begründung, daß in der Benennung neuer Sachverständiger entgegengesetzter Auffassung für sich allein die Beibringung eines neuen Beweismittels i. S. des § 399 Z. 5 StPO. nicht gefunden werden könne. Auf die sofortige Beschwerde der Staatsanwaltschaft hob das Oberlandesgericht den land-

gerichtlichen Beschluß auf und erklärte die Wiederaufnahme für zulässig. Aus den Gründen: Der Antrag der Staatsanwaltschaft vom 5. August 1915 auf Wiederaufnahme des Verfahrens zugunsten der Verurteilten macht als neue Tatsache geltend, daß die F. hinsichtlich ähnlicher im Jahre 1911 verübter Betrügereien unter Anklage gestellt, auf Grund einer vom LG. Br. 1914 angeordneten Beobachtung gemäß § 81 StPO. in der Provinzialheil- und Pflegeanstalt B. ärztlicherseits für unzurechnungsfähig erklärt und daraufhin von der Strafkammer Br. am 23. März 1915 freigesprochen sei. Es handelt sich also nicht lediglich, wie die Strafkammer bei Zurückweisung des Antrags als unzulässig (§ 408 StPO.) mit Bezug auf eine Entscheidung des Oberlandesgerichts Kassel (Goltd. Arch. Bd. 54 S. 99) ausführt, um Benennung eines anderen Sachverständigen, der eine abweichende entgegengesetzte Auffassung in der Beurteilung des Geisteszustandes der Angeklagten vertritt, sondern um eine neue Tatsache, die damit gegeben ist, daß die Beobachtung nach § 81 StPO. ein anderweites Ergebnis für die Beurteilung des Geisteszustandes der Angeklagten erbracht hat, welches die Annahme der Unzurechnungsfähigkeit der Angeklagten bei Begehung der von der Strafkammer F. abgeurteilten Straftaten rechtfertigt. Im Ermittelungsergebnis der Anklageschrift vom 13. Oktober 1913 ist wohl nebenbei erwähnt, daß die Angeklagte im Verlaufe eines Strafverfahrens bei dem Schöffengerichte B. i. J. 1906 auf ihren Geisteszustand untersucht und für zurechnungsfähig erklärt worden sei. Das Urteil der Strafkammer F. vom 5. November 1913 spricht sich aber über die Zurechnungsfähigkeit der Angeklagten mit keinem Worte aus. Es ist deshalb zu unterstellen, daß in der Hauptverhandlung vom 5. November 1913 die Frage der Zurechnungsfähigkeit nicht erörtert wurde. Wäre aber in jener Verhandlung bekannt gewesen, daß die F. nach sechswöchiger Beobachtung in einer Irrenanstalt als eine geisteskranke, psychopathisch veranlagte Person mit ausgesprochenen Erscheinungen einer psychisch unfrei handelnden Wachträumerin erfunden worden ist, der wegen schwerer Psychopathie, krankhafter, die freie Willensbestimmung ausschließender Störung der Geistestätigkeit jede strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit nach § 51 StGB. abzusprechen sei, so wäre für das erkennende Gericht unumgänglich nötig gewesen, den Geisteszustand der Angeklagten zu prüfen. Es ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, daß eine Untersuchung ihres Geisteszustandes .... dazu geführt hätte, die Angeklagte freizusprechen, weil ihre Zurechnungsfähigkeit zu verneinen oder mindestens zu bezweifeln wäre.

(Beschl. d. Oberlandesgerichts Karlsruhe S. B. 13/1916 v. 29. Februar 1916.)

Mitgeteilt vom Geh. Oberregierungsrat, Oberstaatsanwalt Morath, Karlsruhe.

§§ 493, 483, 490, 494 StPO.

Die Strafgefangenen St., Sch. und W. sind, während sie die ihnen auferlegten Zuchthausstrafen verbüßten, in Geisteskrankheit verfallen und deshalb aus den Strafanstalten in Irrenanstalten übergeführt worden. Hier wurden sie auf Kosten des klagenden Landarmenverbandes verpflegt. Der Kläger behauptet, daß in der Zeit dieser Verpflegung, und zwar während näher angegebener Zeiträume, die Strafvollstreckung nicht unterbrochen gewesen sei; die Verpflichtung zur Bestreitung der Verpflegungskosten habe deshalb während dieser Zeiträume nicht auf Grund des § 31 des Gesetzes zur Ausführung des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz vom 8. März 1871 in der Fassung des Gesetzes vom 11. Juli 1891 ihm, dem klagenden Landarmenverbande, sondern dem beklagten preußischen Fiskus obgelegen. Er hat diese Kosten auf 7488,70 M berechnet und mit der erhobenen Klage deren Erstattung wegen ungerechtfertigter Bereicherung von dem Bekagten gefordert. Der Beklagte hat den Anspruch seinem Grund und seinem Betrage nach bestritten. Er behauptet, die Strafvollstreckung sei während der vom Kläger angegebenen Zeitabschnitte unterbrochen gewesen.

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Das Oberlandesgericht hat nur in Ansehung des St. für die Zeit vom 19. April bis 8. Mai 1912, die dem St., obwohl er sich damals noch in der Heil- und Pflegeanstalt in Eickelborn befand, gemäß § 493 StPO. auf die Strafzeit angerechnet worden ist, den Klageanspruch für begründet gehalten und unter Abänderung des landgerichtlichen Urteils den Beklagten zur Erstattung der auf diese Zeit entfallenden Verpflegungskosten mit 34,20 M nebst Zinsen verurteilt, im übrigen aber mit dem Landgericht angenommen, daß die Strafvollstreckung unterbrochen gewesen sei, und hat die Berufung des Klägers wegen des Mehrbetrages zurückgewiesen.

Die Revision des Klägers wurde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Der erhobene Anspruch ist ausschließlich auf den Rechtsgrund der ungerechtfertigten Bereicherung gestützt. Andere Klagegründe wie beispielsweise, daß vermöge eines Ersuchens um Aufnahme der Verurteilten in die Irrenanstalten und durch die Annahme und Ausführung dieses Ersuchens eine vertragsmäßige Verpflichtung des Fiskus zur Kostenerstattung entstanden sei, oder daß die Ver-

pflegung der Verurteilten während ihres Aufenthalts in den Irrenhäusern in auftragsloser Geschäftsführung des Klägers für den Beklagten stattgefunden habe, oder daß der Kläger bei der Überweisung der Verurteilten durch ein schuldhaftes, eine Ersatzpflicht des Beklagten begründetes Verhalten die Staatsbehörden irregeführt und unzutreffenderweise in den Glauben versetzt worden sei, es handle sich nicht mehr um Strafgefangene, als er diese aufnahm und verpflegte, — alle diese und etwa mögliche andere Gesichtspunkte der rechtlichen Anspruchsbegründung kommen daher für die Entscheidung nicht in Betracht. Dementsprechend ist die Klage auch von den beiden Vorinstanzen nur aus dem Rechtsgrund der ungerechtfertigten Bereicherung beurteilt worden.

Ungerechtfertigt bereichert aber ist der Beklagte gemäß § 812 Abs. 1 BGB. im gegebenen Falle nur dann, wenn vermöge des Aufenthalts der Verurteilten in den Irrenanstalten des Klägers deren Strafvollstreckungszeit verkürzt worden ist, der Beklagte also durch den Aufwand des Klägers während der entsprechenden Zeitabschnitte Strafvollstreckungskosten erspart hat. Diese Annahme würde — von den Beträgen des Aufwandes auf der einen und der Ersparnis auf der andern Seite abgesehen — ohne weiteres begründet sein, wenn nach begonnener Strafhaft im Falle einer Erkrankung des Verurteilten und seiner dadurch notwendig gewordenen Überführung in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt eine von dem Willen des Verurteilten unabhängige Unterbrechung der Strafvollstreckung gemäß § 493 StPO. überhaupt nicht stattfinden dürfte. Eine derartige Auslegung des § 493 ist jedoch von jeher abgelehnt worden, und zwar nicht nur in der Gesetzesanwendung von seiten der mit der Strafvollstreckung befaßten preußischen Staatsbehörden (folgt Aufzählung der Verfügungen, bes. die gemeinsame Verfg. des Justizministers und des Min. d. Innern vom 21. April 1899), sondern auch, insbesondere für den Fall der Geisteskrankheit, von der überwiegenden Mehrzahl der Schriftsteller. Der erkennende Senat hat keinen hinreichenden Anlaß gefunden, von dieser Gesetzesauslegung abzuweichen. . . . (IV. Zivilsenat, Urteil vom 9. November 1916 i. S. Landarmenverband der Prov. Westfalen, Kläger, wider preuß. Fiskus, Beklagter, Reg. IV 304/16).

Entscheidungen d. Reichsgerichts in Zivilsachen Neue Folge 39. Bd. Leipzig 1917, Veit & Comp.

(Schluß folgt.)

Referate.

— **Die biologischen Grundlagen der Psychologie.** Von J. Petzoldt. Zeitschr. f. positivistische Philosophie Bd. 2 Heft 3-4.

Zusammenfassung. Das psychologische Geschehen — im Gegensatz zum physikalischen — kann durch Begriffe, die allein aus den psychologischen Vorgängen abgeleitet sind, streng wissenschaftlich nicht verstanden werden, weil es „psychische Kausalität" nicht gibt. Darum müssen die eindeutigen Bestimmungsmittel dieses Geschehens ohne jede Ausnahme ganz allein in biologischen Vorgängen gesucht und das „Psychische" muß durchgängig mit biologischen Begriffen erfaßt, mit biologischen Vorgängen verglichen werden. Damit ist aber nicht nur verlangt, daß zu jedem psychologischen Wert ein entsprechender biologischer Vorgang der Großhirnrinde aufgesucht wird und für jede Variation eines solchen Wertes eine zugehörige des biologischen Prozesses, sondern daß wir auch über die naturwissenschaftliche Bedeutung dieser biologischen Vorgänge in dem ganzen Zusammenhang, in dem sie stehen, zutreffende Vorstellungen entwickeln. Dieser Forderung wird nicht hinreichend genügt, wenn wir die betreffenden psycho-biologischen Vorgänge als für die Erhaltung des Gesamtorganismus zweckmäßige zu verstehen suchen. Da oft genug die den Individuen oder Individuengruppen wichtigsten psychischen Dinge die Erhaltung jener Individuen gefährden, ja verhindern, so dürfen wir den Hirnmantel nicht sowohl als den Diener wie vielmehr als den Herrn des übrigen Organismus ansehen. Für die am stärksten entwickelten Teile des Zentralnervensystems — deren jedem ein eigentümliches Leben, eine spezifische Energie zukommt — ist der übrige nervöse und vegetative Organismus nur Mittel zu ihrer Behauptung und Durchsetzung. Jene zentralen Teilsysteme des einzelnen Individuums, aber auch einer Individuengruppe können zueinander im Verhältnis des Kampfes oder der gegenseitigen Unterstützung stehen. Das letztere, das für die Behauptung des Gesamtsystems von besonderer Wichtigkeit ist, geht deutlich aus der Einheit und aus der Enge des Bewußtseins hervor. Zur kausalen Aufhellung dieser Beziehungen dürfen wir namentlich von der Untersuchung der biologischen Unterlage der Begriffe und ihrer Bildung viel erwarten. Das Wesentlichste an den Begriffen ist ihre Allgemeinheit. Mit einem Begriff vermögen wir einer ganzen Mannigfaltigkeit von Reizkomplexen zu antworten. Die biologische Unterlage dieser begrifflichen Reaktion stellt sich als ein Sonderfall der allgemeinen Eigenschaft der lebenden Substanz heraus, Reize nicht nur auszugleichen, sondern zu überkompensieren. Erheblich unterstützt wird hier die Fähigkeit zur Überkompensation des Reizes durch die Art des Bildungsprozesses der zentralen Teilsysteme, deren Betätigung das psychische Auftreten der Begriffe bedingt. Dadurch wird wieder die Tendenz zur unbegrenzten

Verallgemeinerung erklärt, die wir fast jedem Begriffe zuschreiben müssen. Sie findet ihre Hemmung erst in der gleichen Tendenz jedes anderen Begriffes. Auch die Korrelation der Begriffe und Widerspruch und Irrtum werden auf diesem Wege aufgehellt. Die Entwicklung der begrifflichen zentralen Teilsysteme folgt wie alle Entwicklung dem Prinzip der Tendenz zur Stabilität, und damit erweist sich das Gehirn als ein sich noch immer entwickelnder Organismus. B.

— **Zeitschrift für Individualpsychologie,** herausgegeben von DDr. Adler, Furtmüller und Straßer. Bd. 1 Heft 6 bis 9, September 1916. Preis 4,00 M.

Das Heft enthält folgende Aufsätze: Dr. jur. Zeller, Das Strafrecht in seinen Beziehungen zur Individualpsychologie (Forderung individuell vorgehender Verantwortlichmachung mit „weiterem Strafrahmen", bedingter Verurteilung, zwangsweiser Berufsänderung, zwangsweiser ärztlicher Behandlung u. a.); Dr. med. Straßer, Massenpsychologie und Individualpsychologie (menschliche Brutalitäten und Gemeinheiten einerseits und alle ethischen Bedürfnisse andererseits sind Resultate der wechselseitigen Wirkungen sich durchsetzen wollender Persönlichkeiten, das Erfassen dieser Beziehungen wird uns auf Wege zur Bessergestaltung unserer Welt führen); Dr. jur. Hauser, Individualpsychologie und Kriminalpolitik (Darlegung des Falles eines zu sechs Jahren Zuchthaus verurteilten jugendlichen Mörders mit ähnlichen Reformvorschlägen, wie sie oben Zeller machte); Dr. med. Straßer, Vier Unfall- und Militärneurosen (allgemein bekannte Gesichtspunkte mit Betonung des individuell stets variierenden ätiologischen Zusammenhangs und Mitteilung spezieller Erfahrungen beim Schweizer Mobilisierungsheer); Dr. med. Hinrichsen, Zur Psychologie der Dementia praecox (nur der Anfang eines Aufsatzes über die Schizophrenie, die im Sinne von Bleuer, Jung und Adler aufgefaßt wird; Fortsetzung folgt); Dr. med. Straßer, Geschlecht und Persönlichkeit („ein Programm", das die bisherigen Forschungsmethoden und zum Teil -ergebnisse in der sexuellen Frage verwirft, aber kaum etwas Besseres an die Stelle setzt, da es fast ausschließlich negiert); Rubiner, Zur Krise des geistigen Lebens (noch mehr theoretische Geistreichelei, im Stile Maximilian Hardens geschrieben).

Es gehört ein besonderer Geschmack dazu, sich regelmäßig durch diese Hefte durchzuarbeiten; da aber die Herausgeber im Vorwort von ihren „wissenschaftlichen Freunden und Gesinnungsgenossen" sprechen, so muß es doch wohl eine solche Gesellschaft geben. Für Friedenszeiten will ich solche besonderen Wege der Philosophie und Psychologie auch wohl als berechtigt anerkennen, jetzt in der Kriegszeit aber muß unser Blick mehr aufs Praktische, aufs Nützliche gerichtet sein, als wenigstens ein Teil der vorliegenden Aufsätze es tut.

Wern. H. Becker, Herborn.

Therapeutisches.

— **Bemerkung zu der Arbeit: Die Wirkung des Luminal bei epileptischer Demenz von Dr. W. Grzywo-Dabdowski.** Von Prof. Dr. Friedländer, Hohemark bei Frankfurt a. M. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1914 Heft 5.

Der Verfasser sagt von Hauptmann, daß dieser als erster das Luminal gegen epileptische Anfälle angewandt habe. Friedländer stellt fest, daß er als erster die Einwirkung des Luminal auf schwere Formen der genuinen Epilepsie beobachtete und dieses dann bei der Epilepsie anwendete.

Zu Beginn des Jahres 1912 sandte ihm die Firma Bayer ein neues Hypnotikum, welches damals den Namen „Hyp" führte. Die auffallend sedative Wirkung veranlaßte ihn, „Hyp" bei Epileptikern zu versuchen. Der Erfolg war ein so guter, daß er es für angebracht hielt, darüber einen kurzen Bericht seines Assistenten Dr. Kino in der „Therapie der Gegenwart" zu veranlassen. Dieser erschien im September 1912.

F. war in der Lage, einen der von Kino erwähnten Fälle weiter zu beobachten: eine schwere Epileptikerin, mit sekundärer Demenz. Die erste durch etwa sechs Monate durchgeführte Behandlung hatte schon zu einer wesentlichen Besserung geführt. Ein halbes Jahr später kam die Kranke zur Wiederholung der Kur in seine Klinik und erhielt abermals kleine Dosen von Luminal, kein Brom. Die Patientin wurde zusehends geistig regsamer; eine dritte Behandlung wurde gegen den ärztlichen Rat nicht durchgeführt. Als F. aber die Kranke im Juli 1914 wiedersah, konnte er feststellen, daß die Besserung, besonders in psychischer Beziehung, auffallende Fortschritte gemacht hatte. Von dem Vater wurde sie geradezu als gesund bezeichnet. Jedenfalls könne mit Rücksicht auf die relative Ungefährlichkeit dieses Mittels seine ausgedehntere Anwendung bei der Epilepsie dringend empfohlen werden. Die Behandlung sollte — je nach der Schwere des Falles — mehrere Jahre hindurch,

jeweils einige Monate, unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden. Die gleichzeitige Anwendung milder Wasserbehandlung (kohlensaure Fichtennadelbäder, Einpackungen, Massage usw.) sei anzuraten. B.

— **Nachtrag zu Testogan und Thelygan,** vergl. S. 88 dieses Jahrgangs dieser Wochenschrift. Diese organchemotherapeutischen Verbindungen enthalten hauptsächlich die Extrakte der Keimdrüsen (Hoden, Vorsteherdrüsen, Samenblasen, Eierstöcke), der Schilddrüse, der Bauchspeicheldrüse, der Nebenniere und der Hypophyse und außerdem das der inneren Sekretion und der Erweiterung der Blutgefäße dienende Yohimbin, ferner Nukleinsäure, den phsphorhaltigen Hauptbestandteil der Nervensubstanz. Außer bei den angeführten Erkrankungen wurden von J. Bloch noch Erfolge erzielt bei Kriegsneurasthenie, bei Beschwerden der männlichen und weiblichen Wechseljahre und bei vorzeitigem Altern.

Personalnachrichten.

— **Hamburg.** Prof. Dr. Th. Neuberger, Direktor der Staatskrankenanstalt Langenhorn, ist zum Mitglied des Hamburgischen Medizinalkollegiums ernannt.

☛ Es wird gebeten, Ankündigungen von Vereinsversammlungen und Programme rechtzeitig und direkt an den Verlag dieser Wochenschrift, nicht an die Redaktion zu senden.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. **Nr. 21/22. 1918/19.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von
Geh. San.-Rat Prof. Dr. **K. Alt** Uchtspringe (Altmark), Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle, Chefarzt San.-Rat Dr. **Beyer**, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Sanitäts-Rat Dr. **Deiters**, Grafenberg, Sanitätsrat-Rat Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin), Medizinal-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer**, Hohemark, San.-Rat Dir. Dr. **Herting**, Galkhausen (Rhl.), Geh. Med.-Rat Dr. **Ilberg**, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), Dir. Dr. **Kluge**, Potsdam, Dir. Dr. **Lehmann**, Lindenhof, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R., Dir. Dr. v. **Olah**, Budapest, Prof. Dr. **A. Pilcz**, Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß**, Wien, Geh. Rat Prof. Dr. **E. Schultze**, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger**, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke**, Eglfing b. München, Prof. Dr. **H. Vogt**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Festausgabe zu Geh. Med.-Rat Prof. Dr. G. Antons 60. Geburtstag.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 21/22. 31. August. **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Über Merkweh.

Von San.-Rat Dr. **Bresler.**

Hochverehrter Herr Geheimer Rat!

Vor geraumer Zeit hatte ich während einiger Wochen jedesmal beim Anblick dieser Zeitschrift das Empfinden, irgend etwas Wichtiges hinsichtlich der Herausgabe vergessen oder unterlassen zu haben, ohne daß ich durch vieles Nachsinnen darauf kommen konnte. Es war ein recht peinliches Gefühl, besonders bei der an sich schon spannenden Lage, aber kein eigentlicher seelischer Schmerz. Immerhin war die Unlust, mit der dieser Gedächtnisausfall zum Bewußtsein kam, eine solche, daß ich glaube, mit der Bezeichnung Merkweh das Richtige kurz zu treffen und nicht zu viel zu sagen, wobei übrigens nicht stören möge, daß das Weh von dem Nichtmerken kommt. Da brachte mir die übliche Durchsicht unserer Fachblätter zufällig das Verlorene wieder, nämlich die Mitteilung, daß Sie, hochverehrter Herr Geheimer Rat, am 28. August den sechzigsten Geburtstag begehen, und ich erinnerte mich nun zu meiner großen Freude des früher gefaßten Vorhabens und meiner Pflicht, den Tag in dieser Zeitschrift nicht vorübergehen zu lassen ohne ganz besonderen Ausdruck des herzlichsten Glückwunsches, mit dem ich zugleich wohl auch den innigsten Dank verbinden darf für die reiche Förderung, welche Sie der Zeitschrift von Anfang des Bestehens an, besonders aber für die Unterstützung, welche Sie ihr während des Krieges in opferbereiter und zuvorkommendster Weise haben zuteil werden lassen. Gestatten Sie, daß ich unter gütiger Mitwirkung Ihrer Freunde und Schü-

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. G. Anton.

ler diese Pflicht zu erfüllen suche, indem wir Sie bitten, die heutige Ausgabe der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift als Widmung entgegenzunehmen.

Über jenes Gefühl, das mir natürlich nicht neu war und das ja jeder öfter erlebt als ihm erwünscht ist, habe ich seitdem ab und zu nachgedacht, und nachstehendes scheint mir nicht unbeachtlich.

1. Es ist wesentlich verschieden und unabhängig von Affekt und Inhalt der ausgefallenen Erinnerung.

2. Es ist ein Organ- oder Viszeralgefühl und dabei doch ein Allgemeingefühl, insofern Gedächtnis auch keine ausschließliche Eigenschaft der Nervensubstanz, sondern des Organischen überhaupt ist, eins jener Gefühle, auf welchen, soweit sie das Denkorgan betreffen, die „A h n u n g e n" beruhen.

3. Es entsteht, wenn durch Ablenkung eine Gedankenreihe gewaltsam unterbrochen wurde, wobei es, auch für die Stärke, wesentlich ist, daß es sich um eine auf etwas Wichtiges gerichtete Gedankenreihe handelte.

4. Es taucht selbsttätig auf und ist das Zeichen der Ungeschlossenheit eines Gedankenkreises, der Unerreichtheit des Gedankenziels. Es läßt Schlüsse zu auf das elementare, selbständige Wirken unserer Gedanken und ihrer Träger, der Nervenzellen, im Unbewußten.

5. Es ist wie jedes Unlustgefühl, jeder Schmerz, das Zeichen einer stattgehabten Trennung; nach Behebung der Trennung tritt an seine Stelle ein deutliches Lustgefühl, das der Vereinigung; auch letzteres ist unbeeinflußt vom Inhalt des Vergessenen und Wiederaufgetauchten.

6. Es warnt vor Überlastung und Zersplitterung unserer Aufmerksamkeit und unseres Gedächtnisses.

7. Es kommt nicht immer als Gefühl, etwas vergessen zu haben, deutlich zu Bewußtsein und Erkennung, sondern häufiger als ein ganz leichter Druck, eine innere leise unbestimmte Unruhe, über deren Grund und Wesen wir erst unterrichtet werden, wenn die Erinnerung sich von selbst oder aus mehr weniger zufälligem Anlaß wieder eingestellt hat.

8. Es ist fraglich, jedenfalls durch Selbstbeobachtung schwer festzustellen, ob das Wiederauftauchen einer solchen Erinnerung wirklich selbsttätig geschieht, nachdem die Hemmung für die betreffende Nervenzelle fortgefallen ist, oder durch eine zufällige Assoziation, für die sich die Nervenzelle bereit gehalten hat und die wir nicht wahrnehmen. Jedenfalls handelt es sich um etwas anderes als das, was ich als „freisteigende Vorstellungen" beschrieben habe.

9. Mangel dieses Merkwehs läßt schließen, daß ein Eindruck und die Erinnerung daran auch im Unbewußten für immer erloschen ist.

10. Wir dürfen mit Sicherheit annehmen, daß jede Nervenzelle wirklich Träger eines oder mehrerer Eindrücke und Gedanken ist. Denn wenn wir für einen Eindruck oder Gedanken durchschnittlich eine halbe Sekunde annehmen und für die Lebensdauer 80 Jahre = 2 488 320 000 Sekunden, so ist bei den ungezählten Millionen von Nervenzellen im Gehirn nicht nur ein Überschuß von Gedankenträgern vorhanden und in Reserve, sondern für jeden einzelnen ein großes Maß von Zeit zu Muße und Ruhe, das aber bei dem innigen Zusammenwirken der Gedankenträger durch verhältnismäßig schon geringe Anlässe wesentlich und auf lange Dauer und für die G e s a m t h e i t der Nervenzellen geschmälert werden kann.

Möge Ihnen, hochverehrter Herr Geheimer Rat, alles, was solche Schmälerung bewirken könnte, fern bleiben, damit Sie noch weit über die 60 hinaus sich Ihrer bewährten Arbeitskraft erfreuen und nach vielen, vielen Jahren rüstig und mit Stolz und Befriedigung auf das von Ihnen Erforschte und Geschaffene zurückblicken können, wegen dessen wir Sie schon lange als Meister verehren.

Möge Ihnen dereinst in hohem Alter die Freude beschieden sein, erfüllt zu sehen, was Sie in der prächtigen Schrift: W o h l f a h r t u n d W i e d e r g e n e s u n g d e r d e u t s c h e n R a s s e dem deutschen Volk in schwerer Kriegszeit als heilige Forderung und heißen Wunsch so eindringlich ans Herz gelegt haben.

Die Neurologie in Wien vor 50 Jahren.

Von **H. Obersteiner,** Wien.

Es wäre vielleicht dem Zweck dieser Festschrift entsprechender gewesen, wenn ich mir als Thema „die Neurologie in Wien vor 60 Jahren" gewählt hätte. Wenn ich dennoch einem jüngeren Zeitpunkt den Vorzug gegeben habe, so möchte ich dies einerseits damit begründen, daß meine persönlichen Erinnerungen auf diesem Gebiete doch kaum bis in das sechste Jahrzehnt des neunzehnten Jahrhunderts zurückreichen und dann auch mit dem Umstande, daß sich darüber nicht besonders viel sagen ließe; bis zum Beginn der sechziger Jahre war ja die Neurologie in Wien, wie auch an manchen anderen Hochschulen, ziemlich stiefmütterlich behandelt worden.

Aus jener früheren Zeit sind aus der Arbeitsstätte von Wiener Forschern nur die hervorragenden Untersuchungen von Ludwig Türck, insbesondere die über das Rückenmark, von großer Bedeutung und heute noch geschätzt. Es ist bemerkenswert, daß Türck, a. o. Univ.-Professor der Pathologie des Nervensystems und der Stimmorgane, aber schon damals seine Haupttätigkeit auf ein von der theoretischen Neurologie ziemlich weit entferntes Gebiet, die Laryngologie verlegt hatte, in ähnlicher Weise wie der gleichaltrige Chirurg (Urologe) Benedikt Stilling in Cassel, wie er mir persönlich mitteilte, nur seine Morgenstunden dem Vergnügen, nämlich den grundlegenden Untersuchungen über den Bau des Gehirnes und des Rückenmarks, widmete.

Im Jahre 1868 wirkten an der Wiener medizinischen Fakultät vier Lehrkräfte speziell auf dem Gebiete der Neurologie, der a. o. Professor Moriz Benedikt und die Privatdozenten Benedikt Schulz, Moriz Rosenthal und Härtl, die beiden ersten aber für Elektrotherapie habilitiert, der letztgenannte für Nervenkrankheiten und Heilquellenlehre.

Als ich 1865 meine medizinischen Studien begann, fanden wir, trotzdem die Fakultät zu jener Zeit im Zenithe ihres Ruhmes stand, wenig Aneiferung, uns mit neurologischen Studien zu befassen.

Bekannt ist ja, daß der geistvolle und didaktisch so hervorragende Hyrtl in seinem Lehrbuche das Kapitel über das Gehirn mit den Worten einleitete: „Die Anatomie des inneren Baues des Gehirns ist und bleibt wahrscheinlich für immer ein mit sieben Siegeln verschlossenes und überdies noch in Hieroglyphen geschriebenes Buch."

Hingegen war Brücke, der zwar in seinen eigenen Arbeiten der Physiologie des Gehirns weniger Aufmerksamkeit schenkte, doch so vielseitig, daß er die Bestrebungen seiner Schüler, die darauf gerichtet waren, als ausgezeichneter, wohlwollender Lehrer gerne unterstützte und nach jeder Richtung hin förderte. Für experimentelle Forschungen, die sich auf dieses Organ bezogen hätten, fehlten in seinem Institute allerdings die nötigen Behelfe, gerade so wie in manchen Vorlesungen, die uns die Wirkung der Arzneimittel und Gifte auf das Nervensystem lehren und zeigen sollten, das herbeigebrachte Kaninchen aus Tierfreundlichkeit gesund wieder weggetragen wurde. „Sie werden's mir ja so auch glauben."

Der hervorragende pathologische Anatom Rokitansky schien dem Zentralnervensystem auch kein besonderes, spezielles Interesse entgegenzubringen, desgleichen der berühmte Skoda als Internist. Hingegen hat sich Oppolzer der Nervenkrankheiten bedeutend mehr angenommen, deren Studium auf seiner Klinik warm gefördert. Es entsprach den damaligen Anschauungen, wenn er zur Ätiologie der Tabes bemerkte (nach meinen Skripten), daß sie besonders häufig bei Leuten beobachtet werde, die viel im Freien leben, bei Jägern, Gärtnern und Kondukteuren; bei letzteren sei es kein Wunder, wenn eine Erschütterung und Lähmung des Rückenmarks eintrete. Als feiner Beobachter ist ihm also die auch jetzt noch immer wenig beachtete chronische Rückenmarkerschütterung nicht entgangen. Charakteristisch ist auch seine Äußerung bei der Vorführung eines Gehirnkranken: „Das Fatale bei den Hirnkrankheiten ist, daß so viel geschwalbelt wird; man denkt sich die Diagnose viel leichter als sie wirklich ist und ist gleich fertig damit, Gesetze zu machen."

Wie wenig neurologische Kenntnisse, um nur von den praktischen zu reden, damals Gemeingut der Ärzte waren, selbst wenn letztere sich für Spezialisten der Nervenheilkunde hielten, könnten meine Erfahrungen auf einer Krankenhausabteilung in Wien dartun, die ich um das Jahr 1870 sammelte. Als ich, angeregt durch die Lektüre Charcots, bei einem Kranken die Diagnose multiple Sklerose stellen zu können glaubte, meinte der Vorstand dieser Abteilung, eine solche Krankheit gäbe es nicht. Und so noch manches andere.[1])

---

[1]) Herr Professor Neuburger macht mich freundlichst darauf aufmerksam, daß Charcot sich in seiner ersten Publikation über multiple Sklerose auf Oppolzer beziehe.

Im Jahre 1867 war durch Leidesdorf und Meynert die „Vierteljahrsschrift für Psychiatrie in ihrer Beziehung zur Morphologie, Pathologie des zentralen Nervensystems, der physiologischen Psychologie, Statistik und gerichtlichen Medizin" gegründet worden, in der Meynert mehrere seiner grundlegenden Arbeiten (Großhirnrinde, Gehirngewicht u. a.) publizierte, die aber leider nach zwei Jahren wieder einging. Bald darauf (1868) wurde durch Leidesdorf, Meynert und Riedel der Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie ins Leben gerufen, in dem während der ersten Jahre seines Bestehens die Neurologie allerdings nur wenig zu Worte kam. — Damals schon wurde das Studium der Neurologie zwischen der Psychiatrie und der inneren Medizin hin und hergeschoben; gegenwärtig neigt sich die Wagschale — wenigstens in den deutschsprechenden Ländern — mehr auf die Seite der psychiatrischen Kliniken.

Wenn ich früher erwähnte, daß Rokitansky dem Zentralnervensystem kein besonderes Interesse entgegengebracht zu haben schien, so erfaßte er in seinem wissenschaftlichen Tiefblick doch die Notwendigkeit, dem so schwierigen Studium dieser Organe zu Hilfe zu kommen, und da erschien zur rechten Zeit die geniale Persönlichkeit Theod. Meynerts, die er auf jede Weise zu fördern bestrebt war, worin er durch Leidesdorf unterstützt wurde. Meynert wurde 1865 für ein Fach habilitiert, das wohl bisher noch nirgends einen speziellen Vertreter gefunden hatte, er erhielt die Privatdozentur der „Lehre über Bau und Leistungen des Hirns und Rückenmarks mit Beziehungen zu deren Erkrankungen". Die zweite Hälfte des siebenten Jahrzehnts lieferte die reichsten Früchte der Studien Meynerts, namentlich über den Bau des Gehirns. Das neurologische Institut in Wien besitzt als wertvolle Reliquie eine Reihe von Tafeln aus jener Zeit, auf denen er mit künstlerischer Hand unter Verwendung vielfarbiger Pastellstifte seine Vorstellungen vom Gehirnbau, namentlich von den inneren Verknüpfungen der Bahnen, anschaulich machte. Als Prosektor an der niederösterreichischen Landesirrenanstalt stand ihm auch reichliches pathologisches Untersuchungsmaterial zur Verfügung, das er erfolgreichst ausnützte.

Und nun stand uns wissensdurstigen jungen Medizinern der Weg offen, um an der Hand eines, wenn auch manchmal recht schwer verständlichen, geistreichen Lehrers die noch von Hyrtl anerkannten sieben Siegel zu lösen und die Hieroglyphen zu entziffern.

Wenn der Nestor der deutschen Neurologen, Wilhelm Erb, in seiner Eröffnungsrede der dritten Versammlung deutscher Nervenärzte in Wien (1909) in besonders liebenswürdiger Weise der reichen Entwicklung und Förderung der Neurologie gedachte, die von Wien ausging, so gebührt dieses Lob wohl in erster Linie Meynert, der nicht nur durch seine eigenen Arbeiten, sondern auch durch die vielfache Anregung, die er seinen Schülern zuteil werden ließ, den Anstoß zu dieser von Erb gedachten Förderung gab. Und unter diesen Schülern Meynerts, die dazu berufen waren, die Lehren des Meisters weiter zu verbreiten und auszubauen, begrüßen wir als einen der bedeutendsten, fruchtbarsten heute Gabriel Anton.

Über die Einwirkung der Malaria auf die progressive Paralyse.

Von Prof. **Wagner v. Jauregg.**

Während man sich noch vor nicht langer Zeit der progressiven Paralyse gegenüber therapeutisch ziemlich machtlos fühlte (siehe z. B. die Bearbeitung der Krankheit durch Krafft-Ebing in Nothnagels Handbuch, 1894, und die meisten Lehrbücher der Psychiatrie aus dieser Zeit), hat sich in den letzten Jahren ein Umschwung in den Anschauungen vollzogen, indem von mehreren Seiten Versuche einer auf Besserung zielenden Behandlung dieser Krankheit angestellt und günstige Erfolge berichtet wurden.

Es sind zwei Gruppen von Behandlungsmethoden, die angewendet wurden, nämlich spezifische und nichtspezifische.

Die spezifischen Behandlungsmethoden gehen von der Erkenntnis aus, daß die progressive Paralyse eine Folge der luetischen Infektion sei, und verwenden die in der Behandlung der anderen luetischen Erkrankungen bewährten Methoden, Salvarsan, Quecksilber, Jod, in verschiedenen Formen der Anwendung.

Die nichtspezifischen Behandlungsmethoden gehen von einem empirischen Gesichtspunkte aus, nämlich von der Erfahrung, daß Fälle von progressiver Paralyse nicht selten durch akute Infektionskrankheiten günstig beeinflußt werden, und suchen die Wirkungen der Infektionskrankheiten, denen dieser Erfolg zugeschrieben wird, wie Fieber, Leuko-

zytese, künstlich herbeizuführen (Tuberkulin und andere Bakterienprodukte, Natrium nucleinicum, Milchinjektionen usw.).

Das Richtige dürfte die Verbindung von spezifischen und nichtspezifischen Kuren sein, die ich zuerst in der Quecksilber-Tuberkulinkur angegeben habe.

Wir beschränken uns aber an der Wiener Klinik nicht auf die einmalige Durchführung einer Quecksilber-Tuberkulinkur, sondern wiederholen dieselbe in günstig verlaufenden Fällen nach Ablauf eines halben Jahres, um Rückfälle nach Möglichkeit zu verhüten, und füllen den Raum zwischen den beiden Kuren mit anderen therapeutischen Maßnahmen aus, wie einmaligen oder wiederholten Serien von Neosalvarsaninjektionen, Staphylokokkenvakzine, intravenös eingespritzt, Jodkuren.

Unter den nichtspezifischen Behandlungsmethoden möchte ich drei Gruppen unterscheiden, nämlich die Stoffe, welche nicht Abkömmlinge von Mikroorganismen sind (Milch, Albumosen, nukleinsaures Natrium); die Abkömmlinge von Mikroorganismen (Tuberkulin, verschiedene Vakzine); endlich die Infektionskrankheit selbst.

Ich führe die letztere Gruppe an, weil ich im Laufe der zahlreichen Behandlungen von Paralytikern, die ich im Laufe der letzten zwölf Jahre durchgeführt habe, wiederholt die Beobachtung machen konnte, daß Fälle, bei denen sich im Laufe der Behandlung irgendeine Infektionskrankheit einstellte, verhältnismäßig häufig besonders vollständige und langdauernde Remissionen darboten.

Ich bin auf Grund meiner Erfahrungen geneigt, der Reihenfolge der nichtspezifischen Behandlungsmethoden, wie ich sie angeführt habe, eine Bedeutung auch in bezug auf die Intensität der Wirkung beizumessen, die ich für die schwächste halte bei der ersten Gruppe, für die stärkste bei der dritten Gruppe, der Infektionskrankheit selbst. Diese Überzeugung bewog mich, einen Versuch, den ich schon vor langer Zeit vorgeschlagen habe (Psychiatrische Jahrbücher 1888 Bd. 7) auszuführen, und eine Infektionskrankheit zu erzeugen, die wegen ihrer geringen Gefährlichkeit, und weil man sie therapeutisch mit hinlänglicher Sicherheit zu einem günstigen Abschluß bringen kann, bei einem Leiden, wie die progressive Paralyse, hervorzurufen wohl gewagt werden konnte.

Ich habe im Juli 1917 von einem Kranken, der an Malaria mit Tertiantypus erkrankt war und schon mehrere ganz typische Anfälle gehabt hatte (die Tertiana-Plasmodien waren in seinem Blute mikroskopisch nachgewiesen worden) zunächst drei an progressiver Paralyse Erkrankte in der Weise geimpft, daß das aus einer Armvene im Fieberanfalle entnommene Blut den zu impfenden Kranken auf kleine Skarifikationswunden am Arme aufgestrichen wurde.

Um eine Gefährdung der Umgebung durch ungewollte Übertragung von Malaria zu verhüten, hatte ich in den Gärten, welche um die Klinik herum gelegen sind, zahlreiche Mücken fangen lassen und mich überzeugt, daß nur Culex- und keine Anopheles-Mücken in der Umgebung vorkommen.

Von den drei zuerst geimpften Paralytikern hatte die Impfung bei zweien Erfolg; in einem Falle blieb die Impfung erfolglos.

Zweimal wurden dann von demselben Malariakranken, der das Material zu dieser ersten Impfung abgegeben hatte, im Fieberanfalle wieder Blut, aus der Armvene genommen, den zu impfenden Paralytikern in der Quantität von 1 ccm subkutan unter die Haut des Rückens eingespritzt. Diese Impfungen hatten sämtlich Erfolg.

Von den an Malaria erkrankten Paralytikern wurden dann in drei Fällen andere Paralytiker ebenfalls durch subkutane Injektion infiziert, und von einem dieser Gruppe noch zwei Kranke, deren Plasmodien also schon drei Menschen vor ihnen passiert hatten. Alle diese weiteren Impfungen waren erfolgreich.

In sämtlichen Fällen wurde im Fieberanfalle die Anwesenheit von Tertiana-Plasmodien im Blute mikroskopisch nachgewiesen.

Interessant war, daß sich die Inkubationszeit nach mehrmaligem Durchgehen der Plasmodien durch den menschlichen Körper abkürzte. Sie betrug bei den Fällen, die von dem ursprünglichen (durch Anopheles infizierten) Malariakranken geimpft wurden, im Durchschnitt 17,5 Tage; bei jenen Kranken, deren Plasmodien vorher schon zweimal den menschlichen Körper passiert hatten, 12,3 Tage, und endlich bei den zwei Kranken, deren Plasmodien vorher schon dreimal diesen Weg genommen hatten, nur 9,5 Tage.

Es war ferner bemerkenswert, daß die Mehrzahl der Geimpften, bevor sie einen ausgesprochenen Malariaanfall mit Schüttelfrost, Hitze und Schweiß bekamen, schon in der Inkubationszeit wiederholt Fieberbewegungen bis zu Temperaturen von 37,5 bis 38,0 bekamen, und zwar manchmal auch im Tertiantypus.

Es ist ferner bemerkenswert, daß die Fieberanfälle unserer Paralytiker nur in einem Falle streng den Tertiantypus einhielten, sondern meist bald in einen Quotidiantypus übergingen, der einmal vom vierten Anfalle an dauernd bestehen blieb, in den anderen Fällen gelegentlich wieder durch einen

oder mehrere Anfälle nach Tertianintervall unterbrochen wurde.

In allen Fällen, mit Ausnahme eines Falles, bei dem im Verlaufe des Fiebers ein paralytischer Anfall eintrat, der tödlich endete, wurde nach 7 bis 12 ausgesprochenen Malariaanfällen durch 3 Tage je 1 g Chinin. bisulf., dann durch 14 Tage täglich 0,5 g gegeben. Dann erhielten die Kranken in einwöchigen Intervallen drei intravenöse Injektionen von Neosalvarsan in den Dosen von 0,3, 0,45, 0,60 g.

In allen Fällen hörte schon nach den ersten Chinindosen das Fieber auf; in keinem Falle ist bisher, also seit Jahresfrist, eine Recidive der Malaria erfolgt.

Die Kranken kamen während der Fieberanfälle körperlich auffallend stark herunter, wurden anämisch und bekamen Ödeme im Gesicht und an den Beinen. Das Körpergewicht zeigte ein eigentümliches Verhalten, indem es anfangs sank, dann aber infolge der Ödeme stieg, um in der Rekonvaleszenz anfangs zu sinken und erst mit zunehmender körperlicher Erholung, die nach der Chinin- und Salvarsanbehandlung ziemlich rasch eintrat, wieder anzusteigen, so daß schließlich fast in allen Fällen eine Zunahme gegenüber dem Anfangsgewicht sich ergab.

Der psychische Zustand der Kranken besserte sich viel langsamer, so daß in der Mehrzahl der Fälle Zweifel, vielleicht unberechtigterweise, auftraten, ob der Erfolg ein befriedigender sein werde, und darum in fünf Fällen einige Wochen nach den Salvarsaninjektionen noch eine Serie von sieben intravenösen Injektionen von polyvalenter Staphylokokken-Vakzine in den Dosen von 10 bis 1000 Mill. Keimen, in zweitägigen Intervallen, gemacht wurden.

In dreien von den neun Fällen trat aber so frühzeitig und unverkennbar eine volle Remission ein, daß von jeder weiteren Maßnahme abgesehen werden konnte. Diese Kranken wurden nach zwei bis sechs Monaten seit dem Beginne der Behandlung als berufsfähig entlassen und befinden sich noch heute (zirka Jahresfrist seit dem Beginne der Behandlung) in ihrem Berufe.

Ein vierter Fall ist ebenfalls nach zirka vier Monaten berufsfähig entlassen worden, jedoch nach kurzer Berufstätigkeit rezidiviert in Form einer paralytischen Melancholie. Der Fall hat übrigens seine Besonderheiten, wie aus der Darstellung desselben hervorgehen wird.

In zwei weiteren Fällen trat die Besserung des psychischen Zustandes nur sehr langsam ein, machte aber immer wieder weitere Fortschritte, so daß sie nach zirka Jahresfrist entlassen werden konnten, der eine, ein Soldat, als zu Hilfsdienst geeignet; der andere, ein Eisenbahner, hat zum mindesten die Befähigung zur selbständigen Lebensführung bereits nachgewiesen; ob er auch berufsfähig sein wird, muß die Zukunft lehren.

Nur in zwei Fällen konnte man von einer Remission nicht sprechen; dieselben mußten in eine Irrenanstalt abgegeben werden.

Es folgt nun ein kurzer Bericht über die einzelnen Fälle. (Schluß folgt.)

Hysterie und Hysteriefähigkeit.

Streiflichter zu dem Fragenkomplex.

Von Professor Dr. **Erwin Stransky**, Wien.

Die nachstehenden Ausführungen sind bestimmt, mit einigen Strichen einer Anschauungsweise über den in der Überschrift aufscheinenden Fragenkomplex Ausdruck zu geben, wie sie sich in mir im Laufe der Zeit immer mehr und mehr verdichtet hat. Sie lehnt sich zweifellos in Einzelheiten an Lehrmeinungen anderer, zumal Kraepelins, v. Wagners, Nonnes, Antons, Freuds, Aronsohns, A. Löwenfelds, Gaupps u. a., an, jedoch dürfte das Abweichende und Neuartige an der hier vertretenen Konzeption unschwer als solches zu erkennen sein. Auf das ganze Thema des genaueren einzugehen und namentlich auch, mich mit der in Betracht kommenden Literatur auseinanderzusetzen, muß ich einer späteren, für derlei Arbeit mehr Raum gewährenden Zeit vorbehalten.

Schon eine Betrachtung des Lebens unserer domestizierten höheren Tiere, namentlich der aus den Raubtierstämmen hervorgegangenen, lehrt, daß es unter ihnen, abgesehen natürlich von anderen, hier nicht in Frage kommenden Unterschieden, zwei Arten von „Delinquenten" gibt: solche, bei denen das „Delinquieren" als eine mit naiver Selbstverständlichkeit geoffenbarte seelische Reaktionsweise sich darbietet, gleichsam als manifest gebliebener Überrest eines Rasseninstinkts, welcher die Züchtungsarbeit überdauert hat; und dann hinwiederum gibt es „Delinquenten" mit einer gewissen „Simulationstendenz", einer Tendenz, ver-

übte „Delikte" zu „verdecken". Diese letzterwähnte Tendenz tritt, wenn gleich natürlich sehr gewöhnlich beiderlei Tendenzen gemengt vorkommen, bei manchen Tierindividuen so früh zutage, daß man versucht ist, nicht ausschließlich an ein Produkt individueller Züchtung zu denken, sondern vielmehr an die Wirksamkeit ererbter Engramme, eines den Erscheinungen der Mimikry nahestehenden Instinktes, der in einzelnen Tierindividuen besonders hindurchschlägt, so daß es dann keiner oder nur geringfügiger züchterischer Einwirkung bedurfte, um seine Erscheinungen zu einer manifesten Komponente der tierischen Individualität werden zu lassen.

Diese Feststellung soll — ich will hiermit jedem derartigen Mißverständnisse von vorneherein den Boden entziehen! — ja nicht etwa auf irgendwelche Homologisierungen vorbereiten; sie ist vielmehr ausschließlich bestimmt, aufzuzeigen, daß das, was ich „Simulationsanlage" (oder „Deckanlage") nennen möchte, die Anlage, „Schuld" (oder was innerhalb des tierischen Bewußtseins den Keim eines Schuldbewußtseins abgibt) hinter „Unschuld" zu maskieren, sehr tief bereits in der Seele des Tieres wurzelt, also als ein phylogenetisch uraltes Erbstück auch der Menschenseele unmöglich fremd sein kann. Wobei nur zu berücksichtigen ist, daß alles typologisch und individuell Differenzierende im vergrößerten Maßstabe der Menschenseele noch weit schärfer und bedeutsamer zum Ausdrucke gelangen muß als beim Tiere.

Jedenfalls dürfen wir davon ausgehen, daß die „Simulationsanlage" — bis zu einem gewissen Grade, was wir festhalten wollen, etwas allgemein Animalisches, also auch Menschliches — bei bestimmten menschlichen Typen bzw. Individuen als seelisch kennzeichnendes Merkmal im Vordergrunde stehe, so sehr, daß es einen untrennbaren, tief eingewurzelten Teil der seelischen Persönlichkeit darstellt. Praktisch wird sie aber zu einem Hauptergebnisse führen, das Asoziale und Antisoziale der aus den Wesenszügen der Persönlichkeit resultierenden Strebungen zu „verdecken"; und, wo es gilt, solche „Deckung" auch vor dem eigenen, durch Religion, Schule und Leben schon früh in die Gleise ethischer Vorstellungen und Regungen gezwängten Bewußtsein vorzunehmen, also diesen uralten seelischen Akt in tiefere Bewußtseinschichten hinein zu „verdrängen". Deck- bzw. „Verdrängungsvorgänge", die sich übrigens nicht nur in diesem Belange, sondern auch sonst im Seelenleben vollziehen, sind den Psychologen und Psychiatern wohl schon lange etwas Bekanntes; so hat Anton einmal in glücklicher Weise auf ihre praktische Bedeutung hingewiesen, indem er das Beispiel der Zornmütigkeit anzog, die so oft nichts als ein Decksymptom innerer Weichheit und Schwäche ist. Ganz gewiß will ich aber der Psychoanalyse Freudscher Richtung — deren Tendenzen ich im allgemeinen ziemlich fern stehe — das Verdienst nicht kürzen, unsere Aufmerksamkeit, sei es auch in recht einseitigem Sinne, auf diese psychischen Mechanismen mit besonderem Nachdrucke hingelenkt zu haben.

Nun einen Schritt weiter. Wir können sagen, es gebe — in Anwendung auf die Verhältnisse beim Menschen — sicherlich sehr verschiedenartige Typen antisozial gerichteter seelischer Veranlagung. Ich möchte nun aber einen dieser Typen hier besonders herausheben, der, wie nach dem früher Angedeuteten sich ergeben dürfte, in einer seiner Komponenten ein phylogenetisch uraltes Erbstück in sich birgt: es ist der „Simulationstypus" (oder „Decktypus"), dessen Grundnote darin aufscheint, daß an Stelle der naiven Brutalität des „gewöhnlichen" antisozialen, ethischen Defektstypus eine Tendenz zur „Verdrängung" und „Verdeckung" der antisozialen, extrem egoistischen, also amoralischen Strebungen im oben dargelegten Sinne besteht. Bis zu einem gewissen Grade gehört natürlich — auch daran müssen wir festhalten! — ein jeder Normalmensch zu diesem Typus, denn einerseits birgt ja wohl jede Seele ein Quentchen jenes stammesgeschichtlich alten seelischen Erbstückes in sich, und andrerseits sorgen Erziehung und Umwelt dafür, daß auch jeder „Normale" strebt, seine egoistisch-antisozial gerichteten Innenregungen vor den Mitmenschen und nicht zuletzt auch vor sich selbst zu „decken". Allein unzweifelhaft gibt es einen Typus, der im allgemeinen — und nicht nur in Einzelnheiten oder unter besonderen Verhältnissen, wie sie etwa der Krieg mit sich bringt — aktiv und noch mehr passiv überegoistisch und antisozial gerichtet, in ebensolchem Maße ebendiese Antisozialität der inneren seelischen Strebungen zu verdecken tendiert; und zwar — wie ich wieder betonen möchte, denn hierin scheint mir das für menschliche, d. h. früh schon dem Einflusse „kultureller" und moralisierender Gegenmotive ausgesetzte Verhältnisse Kennzeichnende zu liegen — zu verdecken nicht nur vor der Umwelt, sondern auch vor dem eigenen seelischen Ich. Dieser Typus nun erscheint mir die Matrix des hysterischen Charakters; die „Krankheit" Hysterie aber wird daraus, sobald der „Deckungsprozeß" den Weg dorthin nimmt, wohin die menschliche Psyche aus einem Kampfe der Motive

auch sonst nicht selten flüchtet: den Weg prästierten Versagens der seelischen Leistungsfähigkeit; eines Versagens, das je nach Individualität und Konstellation mit sehr verschiedenen Mitteln prästiert wird. Dieses prästierte Versagen ist die „Abwehr", wie sie die innerst minderwertige, feige, überegoistische Seele praktiziert. Man kann sagen, es sei von der sogenannten (nicht ad verbum zu nehmen!) „Wanzentaktik" primitiverer seelischer Differenzierungsstufe bis zu den raffiniertesten Faxen einer hysterischen Kanaille gewiß ein weiter Weg, aber doch ein direkter Weg. Wir begreifen jedenfalls, warum, wo so uralte Mimikry-Tendenzen mit halb- und vollbewußten Mechanismen aus einem Borne sich herleiten, keine Grenze zu ziehen ist zwischen Nichtkönnenwollen und Nichtwollenkönnen, wie es v. Wagner so treffend zum Ausdrucke bringt.

Es ist klar — bereits früher wurde es angedeutet —, daß gerade die Umwelt- und Erziehungseinflüsse mit ihrer Betonung moralischer Notwendigkeiten dem hysterisch veranlagten Individuum die im tiefsten Grunde rein egoistisch-antisoziale Natur seines Strebens und die Unfähigkeit, sich den Hemmungen und Antrieben anzupassen, wie sie die Umwelt und deren Gesetze erfordern, auch mehr minder klar bewußt werden lassen können; denn dem animalischen Instinkte, der bloßen Exploriereungsmöglichkeit alter Engramme, ist ja beim Menschen noch ein gewaltiges Plus an höherer seelischer Bewußtheit übergeordnet. Und also ist es kein Wunder, wenn aus der mehr instinktiv aufgebauten Lüge einfachen Versagens, aus diesem noch einfach geschichteten Mimikry-Vorgange, beim höher differenzierten Menschen mehr wird, ein Flüchten in einen oft geradezu kompliziert geschichteten Krankheitszustand, hinter dessen krausen, schwer entwirrbaren Divertikeln vielerlei an ethischem Minus, an mehr passiver sittlicher Feigheit oder verletzter Eitelkeit, aber auch an sehr aktiver Bösartigkeit „gedeckt" wird, gedeckt vor den Blicken der Umwelt und vor dem eigenen Gewissen.

Sicherlich ist der hier aufgezeigte Mechanismus der Dinge etwas, was in wohl recht schlichter und durchsichtiger Weise erklärt, was an den hysterischen Mechanismen schlicht und durchsichtig konstelliert ist. Wenn ein hysterisches Individuum einer Situation, in der es durch Tun oder Lassen, aktiv oder durch Selbstbezwingung ein Opfer bringen, d. h. also im weitesten Sinne Altruismus statt Egoismus beweisen müßte, dadurch sich entzieht und dadurch sich exkulpiert, daß es einfach „nicht können will" oder „nicht wollen kann", dann ist dies ein im Grunde sehr durchsichtiger Mimikryakt. Kaum weniger durchsichtig im Aufbau ist jene schon erheblich mehr Aktivität erfordernde, wenn auch recht mechanisierte, so „zur zweiten Natur" gewordene Mimikry, wie sie in Zügen als da sind Schauspielerei, Effekthascherei u. dergl. „Faxen", um dieses von Bleuler in die Klinik eingeführte Wort anzuwenden, zum Ausdrucke gelangt (hystérie, la grande simulatrice . . .). Auch viele andere Züge des Komödien- und Faxensyndroms, wie wir es auf dem Boden der Hysterie so gewöhnlich erwachsen sehen, darunter das so echt hysterische „Halt's mich, sonst g'schieht was!", wie es die hysterische, sich ihrer selbst schämende Feigheit so häufig in verschiedenster Gestalt prästiert (demonstrativ vorgenommene Selbstmordanstalten, theatralische Drohungen, auf Effekt berechnete Inszenesetzungen einschlägigen Charakters u. ä. m.), sie alle erklären sich wohl ohne Schwierigkeit und Gezwungenheit aus stammesgeschichtlich-instinktiver, in gewissem Sinne bewußt gewordener und doch wieder eben gerade darum, aus der „Decktendenz" heraus, ins Unterbewußtsein zurückgedrängter Mimikry in dem oben auseinandergesetzten Sinne: bedauernswert scheinen wollen, scheinen auch vor dem eigenen Oberbewußtsein, weil anders die tiefstinnerliche Kanaille nicht maskiert, „gedeckt" werden kann, sich selbst als bemitleidenswürdiges Opferlamm, andere, gegebenenfalls in hetzerischer Weise, als Verfolger hinstellen, um durch derlei Geflissentlichkeit — uralten Trieben folgend — die Aufmerksamkeit von der eigenen elenden Wesensart abzulenken, und den Glauben an solche Fälschung, weil die „Decktendenz" in dem oben dargelegten Sinne auch im seelischen Innern sich geltend macht, autosuggestiv sich selbst beibringen: diese Art transitivistischen Denkens und Fühlens ist echt hysterisch (von hysterischem Transitivismus habe ich schon an anderer Stelle geschrieben). Gespieltes, zumal wenn das Spiel von früh auf zweite Natur ist und mit reifender Bewußtseinsentwicklung immer mehr dazu wird, wird dank der allgemeinen Eigenschaft der seelischen Suggestibilität eben gerade so leicht ein Teil des historischen Ich wie Erlebtes, zumal wenn das Spiel inneren, sei es auch nur halbbewußten Wünschen entspricht; dies an sich ist gewiß nicht ein Reservat der Hysterie (siehe das Kapitel Aussageforschung), nur ist gerade nach allem hier Ausgeführten aus einleuchtenden Gründen die hysterische Psyche besonders anfällig gegen derlei Inhaltsverfälschungen im Bewußtsein. Also ist es klar, wie es kommt, daß die hysterische Persönlichkeit nur zu leicht und zu oft ein Opfer der Suggestion seitens ihres eignen Komödienspieles wird; und daß zu guter Letzt zwischen „bewußt" und

„unterbewußt" in Täuschung, Lüge und Schwindel, im Gebiete dessen also, worin ich die Achse alles hysterischen Wesens erblicke, keine Grenzziehung mehr möglich ist; denn dies liegt in der Natur der Sache.

Auch das ist nach dem hier Gesagten nicht schwer zu begreifen, warum der hysterische Charakter gerade in seinen verschiedenen Krankheitsäußerungen, innerhalb wie außerhalb deliranter Zustände, seine geheimsten „Wünsche" oder „Befürchtungen" zum Ausdrucke zu bringen pflegt, warum gerade in ihnen die „Psychogenieanfälligkeit" und die besonders hohe Suggestibilität (hierüber noch unten) in so hervorragendem Maße sich wiederspiegeln, warum aber auch dieses alles wiederum so oft in maskierten, verdeckten, verschobenen Linien sich zeichnet. Es zieht durch die ganze Psyche, durch alles Seelische der hysterischen Art hindurch jene Mimikrynatur, die halb instinktiv, halb bewußt dahin tendiert, den innersten schrankenlosen Egoismus, die innerste feige Elendigkeit nach außen hin ins Gegenteil verkehrt erscheinen zu lassen. Des brutalen, naiven Mutes oder umgekehrt der ebenso brutalen, naiven Feigheit des einfach geschichteten antisozialen Defekttyps und nun gar des landläufigen Verbrechertyps, welcher seine extrem egoistischen Gelüste gleichsam geradlinig manifestiert, entbehrt die hysterische Decknatur; auf krummen, auf Umwegen, auf Wegen der Mimikry drängt sie ihrem Ziele zu; anders, ja das Gegenteil dessen, was er in seinem Innersten ist, wonach ihn in seinem Innersten gelüstet, muß der hysterische Mensch nach außen hin scheinen; um dem Drängen, dem Innersten Luft zu machen, um „abzureagieren", muß seine Seele auf den exterritorialen Asylboden der „Krankheit" flüchten, dorthin, wohin der Arm der ethischen Verantwortlichkeit, der moralischen Polizei, des anerzogenen oder wenn auch unvollkommen immerhin in der Anlage doch nicht ganz fehlenden sittlichen Gewissens nicht reicht. (daher wohl auch der nicht selten „infantilistische" Zug — Sträußler u. a. — hysterischer Delirien); doch nicht genug damit: die inkarnierte Simulantenart, das instinktgeborene, mimikryartige Sichselbstbelügen des hysterischen Seelentyps ist vielfach nicht einmal mehr im „Krankhaften", selbst nicht, wo es zum Psychotischen sich ausgewachsen hat, fähig, sich geradlinig auszudrücken, die krumme Linie ist da, ist etwas derart Eingeschliffenes, daß selbst die drängenden Entlastungsreaktionen des Gemütes die krumme Bahn des Komödiensyndroms einschlagen müssen; auch sie maskieren sich, erscheinen verdeckt hinter dichtem Busch- und Strauchwerk von allerlei krausen, verkniffenen Faxen, hinter denen des Pudels Kern herauszufinden, man etwa nach der Methode „Wo steckt der Jäger?" im Bilderrebus vorgehen muß, wie man ja eigentlich schon vor[1]) den Psychoanalytikern gewußt hat. Begreiflicherweise wird in extremer Verzerrung gerade dieser seelische Mechanismus, diese Unfähigkeit, sich ohne Zügelung durch eine beherrschende äußere Macht (z. B. des Arztes) aus dem seelischen Labyrinthe selbst dann zu lösen, wenn die innere affektive Stauung dazu gewaltig treibt, zu guter Letzt eine Quelle der Qual für den Hysterischen selbst; eben darum das Arztbedürfnis dieser Kranken, das sonderbar anmutende Gemisch aus Arztsklaverei und ungewolltem negativistischem Widerstand, welch letzterer aus der eingefleischten seelischen Krummheit herstammt, die förmlich justament nie dort aus sich heraus kann, wo sonst die Natur gerade Wege und direkte Ventile gesetzt hat.

[1]) Der Ghettomensch, namentlich der Ostweichslier, der Ostmensch überhaupt, ist aus anderen Gründen, teils rassischen, teils soziologischen, schon in seinem allgemeinen seelischen Reagieren überhaupt, eigenartig gewunden; sollte es ein bloßer Zufall sein, daß die sog. psychoanalytische Richtung so wesentlich auf der Basis derartigen Menschenmaterials sich aufgebaut hat, während sie von Forschern, deren Material seelisch einfacher geschichtet ist, abgelehnt wird? (Schluß folgt.)

Über sterile eitrige Meningitis infolge endolumbaler Salvarsanbehandlung.

Von Professor Dr. **Hans Willige,** zurzeit Marine-Stabsarzt der Reserve.

Bei der endolumbalen Salvarsanbehandlung der Lues des Zentralnervensystems nach der Methode Gennerich werden gelegentlich Störungen beobachtet, die teils harmloser Natur sind, teils ernstliche Komplikationen darstellen. Während der Ausführung der endolumbalen Behandlung treten bei fast allen Kranken Kopfschmerzen auf, die während des Ausfließens der Lumbalflüssigkeit zunehmen. Je mehr Flüssigkeit abgelassen wird, desto stärker werden die Kopfschmerzen. Aber auch die Schnelligkeit, mit der der Liquor abfließt, beeinflußt die Kopfschmerzen, je schneller man ablaufen läßt, desto früher und intensiver treten die Kopfschmerzen auf. Daher muß man bei schnellem Liquorabfluß durch zeitweiliges Abklemmen des Schlauches das Tempo verlangsamen. Man richtet sich am besten nach den Angaben der Kranken, die man anweist, Auftreten und Zunehmen der Kopfschmer-

zen zu melden. Die Empfindlichkeit der Kranken ist ganz verschieden und daher ist auch die Menge des erzielten Liquors verschieden groß, weil man vielfach durch die starken Beschwerden der Kranken gezwungen wird, sich mit weniger Liquor zu begnügen als man abzulassen beabsichtigt hat. In der Regel hat jeder Patient sein bestimmtes Maß von ablassungsfähigem Liquor und eine ihm eigentümliche Kurve des Beginns und Anstiegs der Beschwerden, die sich bei jeder endolumbalen Behandlung wiederholt und gewöhnlich nur durch die Schnelligkeit, mit der man ablaufen läßt, abgeändert wird. Bei den meisten Kranken treten die ersten leichten Kopfschmerzen auf, nachdem man 40 bis 50 ccm abgelassen hat, sie nehmen dann ganz allmählich zu, bei 70 bis 80 ccm werden sie in manchen Fällen so stark, daß man auf weiteres Ablassen verzichten muß, viele Patienten vertragen aber auch ohne weiteres das Ablassen von 90 bis 100 ccm und manche über 100 ccm. Im Durchschnitt erreicht man 80 ccm, was für die Mehrzahl der Fälle auch als genügend anzusehen ist.

Außer den Kopfschmerzen stellt sich während des Ablassens bei einigen Kranken vorübergehende oder auch allmählich zunehmende Übelkeit ein, die sich in einigen seltenen Fällen bis zum Erbrechen steigert, tritt letzteres ein, so soll man abklemmen und auf die Erzielung einer größeren Liquormenge verzichten. Manche Patienten klagen zuweilen, andere regelmäßig — meist gegen Schluß des Ablassens — über ziehende Schmerzen in den Beinen, offenbar ein Zeichen der Reizung der hinteren Wurzeln, jedoch werden diese Beschwerden nie so stark, daß man deshalb früher als beabsichtigt mit dem Ablassen aufhören muß.

Außer den erwähnten Störungen habe ich irgendwelche andere Erscheinungen während der Behandlung bei zahlreichen endolumbalen Behandlungen — etwa 400 habe ich bisher ausgeführt — nicht beobachtet, insbesondere keine Kollapserscheinungen.

Die genannten Beschwerden treten nur während der ersten Phase der Behandlung, während des Ablassens des Liquors auf, und verschwinden während der zweiten Phase, dem Einlaufenlassen des mit Salvarsan versehenen Liquors sehr schnell, das eventuelle Erbrechen und die Übelkeit hören sofort auf, die Kopfschmerzen lassen sehr schnell nach und während des Zurückfließens der zweiten Hälfte des Liquors, das bei gesenktem Kopfende des Operationstisches geschieht, bestehen in der Regel keinerlei Beschwerden mehr. Nur das Reißen in den Beinen hält bei einigen der Fälle, bei denen es auftritt, noch bis zum Schluß des Einlaufens und zuweilen noch einige Zeit länger an.

Nach der Behandlung befinden sich die Kranken, die mit tiefgelagertem Kopfe transportiert werden und ebenso im Bett liegen, meistens völlig wohl bis zum Abend des Behandlungstages — wenn vormittags behandelt wird —, dann tritt zuweilen eine Temperatursteigerung von 37,7 bis 38 Grad auf, die am folgenden Morgen verschwunden ist. Das subjektive Wohlbefinden ist dabei oft gar nicht gestört, zuweilen klagen die Kranken aber auch über Kopfschmerzen, sind appetitlos und in ganz seltenen Fällen tritt Erbrechen auf. Diese Reaktion, insbesondere die Temperatursteigerung am Abend des Behandlungstages ist vorübergehend und harmlos und gibt keinen Anlaß zur Besorgnis. Dasselbe gilt von den, bei einigen Patienten regelmäßig, bei anderen zuweilen, am Abend des Behandlungstages auftretenden ziehenden Schmerzen in den Beinen, die gewöhnlich am folgenden Tage verschwinden. Zur Linderung gibt man mit bestem Erfolg Pyramidon. In seltenen Fällen bleiben diese Schmerzen ohne Temperatursteigerung einige Tage bestehen. Ein gesetzmäßiger Zusammenhang dieser Schmerzen mit der besonderen Art und dem Sitz der luetischen Erkrankung des Zentralnervensystems läßt sich nicht immer nachweisen, doch muß man wohl annehmen, daß in den Fällen, wo sie regelmäßig auftreten, ein stärkeres Ergriffensein der hinteren Wurzeln durch den luetischen Krankheitsprozeß vorliegt. Dasselbe ist offenbar auch der Fall in den seltenen Fällen von Tabes, bei denen durch die endolumbale Behandlung gastrische Krisen ausgelöst werden. Bei Tabes und Paralyse, gelegentlich auch bei anderen Fällen von Lues des Zentralnervensystems beobachtet man nach der endolumbalen Behandlung zuweilen vorübergehend Urin- und Stuhlverhaltung, meist am Behandlungstage und am darauffolgenden Tage, selten mehrere Tage anhaltend. Durch Wärmeanwendung wird diese Störung in der Regel leicht und dauernd beseitigt, nur selten ist mehrmaliges Katheterisieren notwendig. Von der Höhe der Salvarsandosierung sind diese Erscheinungen (Reißen in den Beinen, gastrische Krisen, Blasen- und Mastdarmstörungen) nicht immer abhängig; ich habe einige Patienten beobachtet, die in gleicher Weise bei kleineren und größeren Salvarsangaben mit starken reißenden Schmerzen in den Beinen reagierten, ja die sogar dieselben Schmerzen bekamen, als aus besonderen Gründen gar kein Salvarsan gegeben wurde, sondern nur Liquor abgelassen und wieder eingelassen war. Es handelte sich da nicht etwa um hysterische Personen mit psychogenen Schmerzen, son-

dern die Schmerzen waren offenbar organisch bedingt und sicher vorhanden. In solchen Fällen muß man annehmen, daß die einfache mechanische Reizwirkung der endolumbalen Behandlungsmethode genügt, um diese Schmerzen auszulösen.

Schließlich ist unter den harmlosen Komplikationen der endolumbalen Behandlung noch der Meningismus zu nennen, d. h. das Auftreten von Kopfschmerzen, Übelkeit, ev. Erbrechen mehrere Tage (meist am zweiten oder dritten Tage) nach der Behandlung, nachdem die Patienten wieder aufgestanden sind. Diese Störungen sind fast immer auf Unvorsichtigkeit der Patienten zurückzuführen, welche die angeordnete strikte Bettruhe mit tiefgelagertem Kopfe in den ersten beiden Tagen oft nicht innehalten. Durch erneute strenge Bettruhe mit tiefgelagertem Kopf werden die Beschwerden meist bald beseitigt. Die Frage des Zustandekommens des Meningismus, die nach Gennerichs Ansicht durch Offenbleiben des Punktionsloches in der Dura und Durchsickern des Liquors durch das Duraloch bei aufrechter Haltung entsteht, soll hier nicht näher erörtert werden.

Außer den bisher erwähnten, im ganzen leichten und ohne Schädigung vorübergehenden Störungen, können infolge der endolumbalen Behandlung auch ernste Komplikationen entstehen, nämlich erstens durch zu hohe Dosierung des Salvarsans toxische Myelitis respektive toxische Wurzelneuritis und zweitens durch mangelhafte Asepsis eitrige Meningitis. Beides ist anderen Ortes in einigen, zum Glück ganz seltenen Fällen vorgekommen. Vor der Überdosierung kann man sich schützen, indem man in jedem Falle zunächst nicht mehr als 0,5 mg Salvarsannatrium nimmt und bei den folgenden Behandlungen langsam steigt, sich im übrigen an die von Gennerich bezüglich der einzelnen Arten der nervösen Lues und der endolumbalen Salvarsandosierung gemachten Vorschriften haltend. Die durch Überdosierung bedingte toxische Schädigung des Zentralnervensystems kann zu schweren dauernden Ausfallerscheinungen führen. Todesfälle sind, soviel ich weiß, dadurch noch nicht verursacht worden.

Die zweite schwere Komplikation, die eitrige Meningitis, sollte natürlich ebenfalls grundsätzlich vermeidbar sein. Es können aber selbst bei sorgfältigster Asepsis durch irgendeinen unglücklichen Zufall doch einmal Eitererrger in den Lumbalkanal kommen, ebenso wie ja auch bei den chirurgischen aseptischen Operationen nicht immer eine Infektion verhindert werden kann. Immerhin ist nach den bisherigen Erfahrungen die Gefahr einer Infektion des Liquors mit Eitererregern bei der endolumbalen Behandlung außerordentlich gering, falls man absolut aseptisch arbeitet. Es muß aber immer wieder betont werden, daß man die Regeln der Asepsis in jeder Beziehung (Instrumente, Tücher, Operateur usw.) bei der endolumbalen Behandlung genau so sorgfältig und streng beobachtet wie bei einer Bauchoperation, und daß man sich nicht beeinflussen läßt von der Erfahrung, daß bei der einfachen diagnostischen oder therapeutischen Lumbalpunktion selbst bei oberflächlicher Asepsis so gut wie nie artefizielle eitrige Meningitis vorgekommen ist. Es ist eben etwas prinzipiell anderes, ob man Liquor abläßt, oder ob man, wie bei der endolumbalen Behandlung, die größte Menge des Liquors zeitweilig außerhalb des Körpers bringt und mit dem Liquor manipuliert (ein Medikament zusetzt, ihn in der Bürette schüttelt) und das Ganze wieder einlaufen läßt.

Die im vorstehenden gegebene kurze Darstellung der bei der endolumbalen Behandlung vorkommenden Störungen soll nur ein Überblick sein und geht daher nicht näher auf die einzelnen darin berührten Fragen ein. Ausführlicher soll eine bisher nicht beschriebene Folge der endolumbalen Salvarsanbehandlung mitgeteilt werden, die ich vor kurzem an einigen Fällen beobachtete und die in mehrfacher Hinsicht interessant erscheint. Zunächst gebe ich die Krankengeschichte der beiden Fälle wieder.

I. Gefreiter Christian V., 35 Jahre alt, Kutscher, aufgenommen am 14. Februar 1918.

Heredität: o. B. Frau und Kinder (4) gesund. Keine Fehlgeburten. Selbst früher Lungenentzündung, sonst nie krank. Luesinfektion wird mit Bestimmtheit in Abrede gestellt, sei überhaupt nie geschlechtskrank gewesen. 1914 Schußverletzung der linken Hand mit Tetanusinfektion. 1916 wegen Herz- und Lungenleiden 12 Wochen im Lazarett Ilsenburg, dann wieder Dienst gemacht bis Oktober 1917. Vom 26. Oktober 1917 bis 13. Februar 1918 im Reservelazarett Vereinskrankenhaus Bremen, klagte über Kreuzschmerzen. Es fand sich hier folgender krankhafter Befund: Pupillen mittelweit, etwas entrundet, auf Licht nicht reagierend, ebensowenig auf Akkomodation. Fehlen der Patellarreflexe. Andeutung von Romberg. An beiden Beinen wird spitz und stumpf nicht unterschieden. Im Liquor Globulinreaktion +, Eiweißvermehrung +, Zellenvermehrung + (320 im cmm). Wa.-R. im Liquor +++. Die Diagnose lautet Tabes dorsalis. Die Behandlung bestand in einer Injektion von Hg-Salizyl 1 ccm intramuskulär und dann intravenöse Injektionen von Salvarsan-Natrium (0,45). Im ganzen 11 Injektionen von zusammen 4,95 Salvarsan-Natrium bis zum 14. Dezember 1917. Danach erneute Liquoruntersuchung: Globulinreaktion +, Eiweißvermehrung +, Lymphozyten 35 im cmm, Wa.-R. + (+). Es wurde dann noch eine Behandlung mit Novasurol intraglutäal gemacht (fünf Injektionen von je 2 ccm) und

schließlich eine endolumbale Injektion von 0,5 mg Neosalvarsan nach Methode Gennerich in 50 ccm Liquor.

Er wurde am 13. Februar 1918 zur Weiterbehandlung nach dem Lazarett Kiel-Wik verlegt. Bei der Aufnahme keinerlei subjektive Beschwerden mehr. Objektiv rechts am Penis am Oberrand der Kranzfurche geringe Hautverdickung (wahrscheinlich alte Narbe). Innere Organe ohne Befund. Pupillen etwas entrundet, Lichtreaktion andeutungsweise vorhanden. Konvergenzreaktion vorhanden. Augenhintergrund ohne Befund. Zunge zittert etwas. Hirnnerven sonst ohne Befund. Patellar- und Achillesreflexe fehlen. Geringe Hypotonie der Beine. Romberg nur leichtes Schwanken. Etwas Ataxie bei Knie-Hackenversuch. Keine deutlichen Sensibilitätsstörungen. Keine Blasen-Mastdarmstörungen. Potenz ungestört. Wa.-R. im Blut negativ (— — —).

2. März. Endolumbale Behandlung. $^{9}/_{10}$ mg Salvarsan-Natrium in 70 ccm Liquor. Lymphozytose: 31 Zellen. Wa.-R. im Liquor + + +. Keine Beschwerden nach der Behandlung.

Von 4. März an intravenöse Behandlung mit Neosalvarsan, bis 1. Mai insgesamt 4,35 g Neosalvarsan.

23. März. Endolumbale Behandlung. $^{9}/_{10}$ mg Salvarsan-Natrium in 70 ccm Liquor. Druck normal. Globulinreaktion + (Opaleszenz). Lymphozytose: 24 Zellen. Wa.-R. im Liquor — — —. Keine Beschwerden nach der Behandlung.

13. April. Endolumbale Behandlung. 1,0 mg Salvarsan-Natrium in 80 ccm Liquor. Druck normal. Globulinreaktion + (Opaleszenz). Lymphozytose: 19 Zellen. Wa.-R. im Liquor fraglich. Die Behandlung verlief gut und ohne Zwischenfall.

4. Mai. Endolumbale Behandlung. 1,35 mg Salsan-Natrium in 80 cm Liquor. Dauer der Behandlung 23 Minuten. Druck normal. Globulinreaktion + (Opaleszenz). Lymphozytose: 17 Zellen. Wa.-R. im Liquor fraglich.

5. Mai. Patient klagt morgens über starke Kopfschmerzen. Die Temperatur ist etwas erhöht. Patient erhält eine Spritze Morphium. Abends Zunahme der Beschwerden und weiterer Temperaturanstieg. Keine deutlichen Zeichen einer Meningitis. Lumbalpunktion: Druck gesteigert. Der Liquor ist sehr trübe, enthält reichlich mehrkernige Leukozyten, aber keine Bakterien, ist auch kulturell völlig steril, zeigt aber stark positiven Wassermann (bei 0,5 + + + +) und sehr starke Globulinreaktion. Es wird endolumbal und intravenös je 5 ccm Dispargen gegeben, was ohne wesentliche Beschwerden vertragen wird. Patient erhält viermal täglich einen Eßlöffel Hexametylentetramin.

6. Mai. Zustand unverändert, starke Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit. Sensorium frei, er schläft aber auffallend viel. Temperatur über 39 Grad. Leichte Nackensteifigkeit. Kernig angedeutet. Eine Spritze Morphium. Lumbalpunktion: Druck gesteigert, Liquor sehr trübe, reichlich Leukozyten, Eiweißvermehrung, Globulinreaktion +. Keine Bakterien, kulturell steril. Wassermann + + + +. Wieder intravenös und endolumbal je 5 ccm Dispargen.

7. Mai. Heute subjektiv besseres Befinden, jedoch etwas Erbrechen. Nackensteifigkeit und Kernig heute stärker vorhanden. Temperatur 38,6. Mittags Lumbalpunktion. Liquorbefund unverändert, gesteigerter Druck, sehr trübe, zahlreiche Leukozyten, keine Bakterien, kulturell steril, Wassermann + + + +. Der Lumbalkanal wird mit Ringerscher Kochsalzlösung durchspült, bis der trübe Liquor klarer wird. Der Liquor wird weggegossen und durch die gleiche Menge Ringerscher Lösung ersetzt, welcher 5 ccm Dispargen zugesetzt werden. Diese Behandlung wird unter geringen Beschwerden (Kopfschmerzen) gut vertragen. Intravenös wird ebenfalls 5 ccm Dispargen gegeben.

8. Mai. Zustand im ganzen unverändert, stärkere Kopfschmerzen im Hinterkopf und Stirn, Leib etwas eingezogen. Nackensteifigkeit und Kernig vorhanden. Temperatur 38,8 Grad. Leicht benommen. Nachts etwas unruhig geschlafen. Mittags im Chloräthylrausch Ablassen und Wegschütten von 75 ccm trüben Liquor, der unter gesteigertem Druck abfließt, fünfmaliges Spülen des Lumbalsackes mit Ringerscher Kochsalzlösung. Danach Ersetzen des Liquors durch die gleiche Menge Ringerscher Lösung mit 5 ccm Dispargen. Ebenso intravenös 5 ccm Dispargen. Der Liquorbefund ist unverändert. Die Behandlung wird gut vertragen, nur jedesmal gegen Ende des Ablassens des Liquors treten unter Erwachen aus dem Chloräthylrausch sehr starke Kopfschmerzen auf, die als Signal zum Aufhören des Liquorablassens aufgefaßt wurden. Man merkte jedesmal bei dem fünfmaligen Spülen, daß zum Schluß, wenn schon sehr viel Flüssigkeit aus dem Lumbalsack abgelassen war, die Kopfschmerzen offenbar so stark wurden, daß durch die Schmerzen die narkotisierende Wirkung des Chloräthyls aufgehoben wurde oder der Chloräthylrausch nicht mehr imstande war, die stärker werdenden Schmerzen zu betäuben. Das lag aber zweifellos an der Zunahme der Stärke der Schmerzen, nicht am Nachlassen der Chloräthylwirkung, dazu war die Zeit viel zu kurz. Daher wurde auch die Zunahme der Kopfschmerzen, die sich in körperlicher Unruhe, Stöhnen und Wimmern und schließlich Aufwachen mit lebhaften Klagen über intensive Kopfschmerzen äußerte, als Zeichen dafür angesehen, daß mit dem Ablassen aufgehört und mit dem Einfließenlassen der Ringerschen Lösung begonnen werden mußte. Kurz nach Beginn des Einlaufens der Flüssigkeit ließen die Beschwerden nach und hörten beim weiteren Einlaufen bald ganz auf. Die Behandlung wurde im übrigen gut vertragen.

9. Mai. Zustand im ganzen unverändert. Leicht benommen, schläft viel, Appetit schlecht, kein Stuhlgang trotz Einlauf. Temperatur 38,8. Nackensteifigkeit und Kernig vorhanden.

10. Mai. Subjektive Besserung, Appetit besser, Schlaf gut, Puls gut. Temperatur morgens 37,2. Schläft noch ziemlich viel, fühlt sich körperlich matt. Nackensteifigkeit und Kernig gering. Geringe Kopfschmerzen.

11. Mai. Temperatur 37 bis 37,8. Kernig und Nackensteifigkeit nur angedeutet. Lumbalpunktion: Liquor wesentlich klarer. Globulinreaktion: Opaleszenz: Leukozyten weniger zahlreich, aber immer noch so viel,

daß sie in der Fuchs-Rosenthalschen Kammer nicht zu zählen sind. Keine Bakterien. Im bakteriologischen Institut wurden diesmal aus dem Liquor uncharakteristische Kokken gezüchtet, die nach dem Urteil des Instituts höchstwahrscheinlich als Verunreinigung anzusehen sind.

12. Mai. Fühlt sich ganz wohl. Temperatur geht mehr herunter. Appetit gut, etwas Stuhlgang. Noch immer etwas Kernig und Nackensteifigkeit.

14. Mai. Befinden unverändert.

15. Mai. Allgemeinbefinden bessert sich weiter. Stuhlgang in Ordnung. Appetit gut. Temperatur abends 38. Objektiver Befund unverändert.

16. Mai. Temperatur abends normal. Gutes Allgemeinbefinden. Kernig und Nackensteifigkeit noch immer etwas vorhanden.

17. Mai. Unverändert.

18. Mai. Temperatur normal. Gutes Allgemeinbefinden. Körperliche Funktionen in Ordnung. Kernig und Nackensteifigkeit noch angedeutet.

19. Mai. Steht etwas auf, sitzt im Stuhl, dabei noch deutliche Pulsbeschleunigung. Gutes Allgemeinbefinden.

20. Mai. Unverändert. Eine Stunde außer Bett, dabei Pulsbeschleunigung.

21. Mai. Dasselbe. Kein Kernig und Nackensteifigkeit mehr. In den folgenden Tagen weitere Kräftigung des Allgemeinzustandes, dauerndes Wohlbefinden. Immer beim Aufstehen noch Pulsbeschleunigung.

27. Mai. Lumbalpunktion: Druck normal. Liquor klar. Globulinreaktion: Trübung. Lymphozyten 255. Wassermann im Liquor +++.

8. Juni. Wird dienstfähig (av.) zur Genesendenkompagnie entlassen. Bei der Entlassung bestehen keinerlei subjektive Beschwerden mehr. Der objektive Befund zeigt im wesentlichen noch Pupillenstarre sowie Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe.

(Schluß folgt.)

(Aus der Königl. Univ.-Nervenklinik in Halle a. S., Direktor: Geheimrat Professor Dr. G. Anton.)

Über eine Suggestivbehandlung des Singultus.

Von Dr. **Karl Pönitz,** Assistenzarzt der Klinik.

Die folgenden Zeilen sollen auf die Behandlungsmethode einer Erscheinung hinweisen, die in Laienkreisen allgemein bekannt ist und die in den meisten Fällen gar nicht als „Krankheit" im engeren Sinne aufgefaßt wird, die daher auch für gewöhnlich nicht das Objekt ärztlicher Behandlung ist. Ich meine das sogenannte „Schlucken" oder „Schluchzen", den „Schluckser" oder — wie der Österreicher sagt — „Schnackerl". Die Volksbezeichnungen sind also die allerverschiedenartigsten, der Fachausdruck ist: „Singultus".

Der Zweck meiner Ausführungen läßt es mir nicht nötig erscheinen, auf die Pathogenese und Mechanik des Singultus genauer einzugehen. Die neueste Bearbeitung und Zusammenstellung findet man in der Monographie von Eppinger, Über Zwerchfellerkrankungen.[1]) Der Schluckser wird für gewöhnlich definiert als ein klonischer Zwerchfellkrampf mit inspiratorischem Geräusch. Ich will vor allem auf die Form des Schlucksers hinweisen, die meines Erachtens die häufigst vorkommende ist, ich meine diejenige Form, der wir im täglichen Leben so oft bei sonst Gesunden begegnen und die wir, wie ich schon sagte, eben gar nicht als „Krankheit" aufzufassen pflegen. Dieser Singultus tritt besonders häufig kurze Zeit nach Mahlzeiten oder aber nach der Aufnahme größerer oder besonders kalter, möglicherweise auch besonders heißer Flüssigkeit auf, manchmal auch nach psychischen Erregungen. Er hält dann minutenlang, bisweilen auch stundenlang an und wirkt fast ebenso auf die Umgebung störend als auf die betreffende Person selbst. In der Regel hört er wieder ganz spontan auf.

Was die Erklärung des Singultus anbelangt, so erscheint mir dieses Problem durchaus noch nicht völlig gelöst. Als sicher darf man aber wohl annehmen, daß es sich beim Schluckser um einen Reflex handelt. Nach Erb[2]) soll es sich dabei nicht nur um einen Krampf des Diaphragma, sondern um entweder direkte oder reflektorische Reizung des Inspirationszentrums vom Phrenikus handeln. Die reflektorische Reizung kann anscheinend von den verschiedensten Regionen her ausgelöst werden. So hat man als Ursache für den Schluckser angenommen einmal Erkrankungen in der Sexualsphäre, dann Bauchfell- und Zwerchfellerkrankungen, Magenleiden, Reizung des Phrenikus, organische Gehirnleiden, zum Beispiel die Meningitis, — schließlich auch die Hysterie. Nach einer alten Angabe von Johannes Müller[2]) soll sich durch experimentelle Reizung des Zwerchfells in der Nähe der Kardia ein dem Singultus ähnlicher Zustand auslösen lassen, und diese Tatsache erklärt es wohl auch, daß der Schluckser besonders dann auftritt, wenn Reizungen von seiten des Magens auftreten, wenn also beispielsweise schlecht gekaut worden ist, hastig große Stücke heruntergeschlungen wurden, übergroße Mengen auf einmal getrunken wurden.

Auf jeden Fall — und das erscheint mir für die

[1]) H. Eppinger, Allgemeine und spezielle Pathologie des Zwerchfells. Wien und Leipzig 1911.

[2]) Zitiert nach Eppinger.

Therapie das wichtigste! — handelt es sich beim Singultus um Reflexbewegungen. Bewegungen also, die unbewußt entstehen und in ihrem Ablauf dem direkten Willen oft nicht leicht zugänglich sind. Nun hat Darwin[3]) in seinem Buche „Über den Ausdruck der Gemütsbewegungen bei den Menschen und den Tieren" darauf hingewiesen, daß „der bewußte Wunsch, eine Reflexhandlung auszuführen, zuweilen die Ausführung hemmt oder unterdrückt, obschon die entsprechenden empfindenden Nerven gereizt sein können". Darwin erzählt von einer kleinen Wette, die er einmal mit mehreren jungen Leuten eingegangen ist. Er wettete mit ihnen um irgendeinen Preis, daß sie trotz Schnupftabak nicht niesen würden, obschon sie alle erklärten, daß sie es ausnahmslos täten. Sie nahmen also alle eine Prise, jeder wünschte zu gewinnen, aber nicht einer nieste, obschon sich ihre Augen mit Wasser füllten. Alle ohne Ausnahme hatten die Wette an Darwin zu bezahlen. Hierzu gehört auch die Bemerkung Henry Hollands,[4]) daß, wenn man dem Akte des Schlingens Aufmerksamkeit zuwendet, die zugehörigen Bewegungen gestört werden. Es erklärt sich hieraus wahrscheinlich zum Teil, daß es manchen Personen so schwer wird, eine Pille zu verschlucken.

Psychologisch gefaßt handelt es sich m. E. vor allem aber darum, daß man durch Auslösung eines Erwartungsaffektes eine Reflexhandlung unterdrücken kann. Und an diese Theorie knüpft eine Behandlung des Singultus an, die ganz einfach und leicht ist und die ich deshalb kurz mitteile, weil diese Methode, soweit ich durch Fragen feststellen konnte, in Ärztekreisen auffallenderweise kaum oder gar nicht bekannt zu sein scheint. Auch in dem Eppingerschen Buche, worin Morphium als das sicherste Mittel empfohlen wird, ist zwar davon gesprochen, daß durch Suggestion bisweilen etwas zu erreichen ist, bestimmte Methoden werden aber nicht angegeben. Eppinger erwähnt nur einen bezeichnenden Ausspruch Mehlis', der sagt, daß es sich oft ereignet hätte, daß alte Weiber und Quacksalber durch Volksheilmittel das Schluchzen beseitigten, welches von Ärzten mit pharmakologischen und chirurgischen Heilmitteln vergeblich bekämpft worden war. Nun, auch ich bin auf meine Methode durch einen Laien gekommen, nämlich meinen Vater, der damit nicht nur bei seinen Kindern, sondern auch sonst ohne jede Ausnahme das Schlucksen geheilt hat. Ich habe diese Methode selbst in den letzten Jahren außerordentlich häufig in Gesellschaft angewendet und niemals einen Mißerfolg erzielt.

Die Behandlung ist ganz einfach: Ich erkläre dem Betreffenden, der unter dem Singultus leidet, daß ich sofort den Schluckser wegbringen werde. Ich lasse ihn vor mich hinsetzen, gebe ihm auf, mich fest, mit Ernst anzusehen. Nach einigen Sekunden lege ich ihm ein Geldstück, beispielsweise eine Mark, auf den Tisch und sage ihm: „Sie bekommen diese Mark, wenn Sie jetzt noch einmal schlucksen!" Er wird nicht schlucksen. Ich verdopple das Geld, fordere wieder auf, zu schlucksen. Das gleiche negative Resultat. Ich lege immer weiter Geld zu. Ich habe das Schicksal schon herausgefordert und bin bis auf 100 M gegangen, ich habe das Geld niemals verloren, niemals ist das Schlucksen wieder aufgetreten, weder Minuten noch Stunden darauf.

Die Fälle, bei denen ich dieses kleine Verfahren, welches in der Gesellschaft stets verblüffend, auf den Arzt vielleicht auf den ersten Augenblick etwas theatralisch wirkt, angewendet habe, waren allerdings fast alles leichte Fälle, die auch ohne mein Zutun nach Minuten, schlimmstenfalls Stunden, geheilt gewesen wären. Nun habe ich vor einigen Wochen in unserer Poliklinik die Methode auch an einem 15 jährigen Mädchen anwenden können, das bereits zwei Wochen lang unausgesetzt unter diesem Singultus litt. Das Mädchen hatte früher einmal Diphtherie gehabt, war tracheotomiert worden, sprach seitdem etwas stockend und lispelnd. Es hat nun im November und Dezember einen Gelenkrheumatismus durchgemacht. Nach Heilung desselben war das Schlucksen aufgetreten. Abgesehen von beschleunigter Herztätigkeit bot Patientin körperlich nichts. Es war mir nicht möglich exakt festzustellen, auf welcher somatischen oder psychologischen Grundlage das Schlucksen in diesem Falle entstanden war, möglicherweise hatte es sich zunächst um einen Abwehrreflex des Magens gehandelt, vielleicht nach Einnahme reichlicher Aspirindosen, und der Reflex ist dann psychisch fixiert, hysterisiert worden. Ich habe jedenfalls auch hier mit Zuhilfenahme des Erwartungsaffektes den Singultus prompt unterdrücken können, ein Rückfall ist meines Wissens auch hier nicht eingetreten.

Nun erhebt sich die Frage, inwieweit das eben geschilderte Verfahren denn dann angewendet werden kann, wenn der Singultus das Symptom einer schweren körperlichen Erkrankung, z. B. einer eitrigen Peritonitis ist. Ich muß gestehen, daß ich

---

[3]) Charles Darwin, Der Ausdruck der Gemütserregungen bei den Menschen und den Tieren. Deutsche Übersetzung von Carus. 6. Aufl. Stuttgart 1910. Cf. insbesondere Seite 32 f.

[4]) Zitiert nach Darwin.

aus eigener Erfahrung hierzu nichts bemerken kann, da ich noch nicht Gelegenheit hatte, bei solchen Fällen diese Methode zu probieren. Ich möchte nur theoretisch erwägend folgendes bemerken. Selbstverständlich ist das Verfahren dann nicht anwendbar, wenn ein Kranker benommen oder unfähig ist, sich zu konzentrieren, denn dann läßt sich eben kein Erwartungsaffekt erzeugen. Bei einem unter Schmerzen stöhnenden Peritonitischen ist also das Verfahren ebenso unangebracht, wie bei einem Verworrenen oder fortgeschrittenen Paralytiker. Rein spekulativ betrachtet, müßte, abgesehen hiervon, aber das Verfahren auch dann angewendet werden können, wenn ernstere organische Erkrankungen vorliegen, die durch Zwerchfellreizung den Singultus hervorrufen, denn auch dann ist der Singultus ja ein Reflex, der — nach der Darwinschen Theorie — eben „durch den Wunsch, ihn auszuführen, gehemmt oder unterdrückt werden kann, trotzdem die entsprechenden empfindenden Nerven gereizt sind". Die Schwierigkeit liegt dann vermutlich nur in der Dauer der Wirkung. Daß nämlich eine vorübergehende Wirkung auftritt, könnte ich mir nach alledem wohl vorstellen. Ich halte es nur für zweifelhaft, ob diese Wirkung dauernd anhält, denn man darf ja doch nicht vergessen, daß beispielsweise bei einer Peritonitis der Reiz, welchen der Singultus hervorgerufen hat, doch fortbestehen bleibt, so daß schließlich, wenn der Erwartungsaffekt abgelaufen ist, das Schlucksen wieder auftreten kann. Bei dem gewöhnlichen, ich möchte sagen „Hausschluckser", wo die Reizwirkung ja eine vorübergehende ist und ebenso bei dem hysterischen Singultus, liegt die Sache ja anders. Hier glaube ich, einen Dauererfolg mit ziemlicher Sicherheit nach meinen Erfahrungen verbürgen zu können. Ob bei den ernsteren organischen Erkrankungen mit Singultus die geschilderte Methode einen praktischen, sei es auch nur vorübergehenden Erfolg hat, weiß ich nicht. Es wäre dankbar zu begrüßen, wenn Internisten und Chirurgen einmal derartige psychologisch nicht uninteressante Versuche anstellen würden.

(Aus der Kgl. Nervenklinik in Halle, zurzeit Lazarett. Direktor: Geheimrat Prof. Dr. G. Anton.)

Zur Kasuistik der Karotis-Schußverletzung.

Von **Wilhelm Sernau**, Assistenzarzt der Klinik.

Die Karotis ist die wichtigste Arterie für die Gehirnversorgung. Hierin liegt die wesentlichste Bedeutung der Karotis-Schußverletzung. Häufig sind schnelle chirurgische Eingriffe zur Lebensrettung erforderlich. In anderen Fällen ist aber die Operation mehr eine vorbeugende Maßnahme. Dabei kann es oft zweifelhaft sein, ob nicht lieber eine zuwartende Haltung eingenommen werden soll.

Zur Kasuistik sei es gestattet folgende zwei Fälle anzuführen:

Fall I. Gefreiter Sch., 23 Jahre alt.

Am 2. August 1917 durch einen Gewehrschuß im Gesicht verwundet. Sofort ins Lazarett. Einschußwunde über rechtem Mundwinkel, trichterförmig in die Tiefe gehend. Harter Gaumen kraterförmig zerrissen. Vorn oben keine Zähne (hat angeblich Gebiß getragen). Ausschußwunde unter linkem Jochbogen.

9. August 1917 arterielle Blutung aus der Ausschußwunde. Tamponade.

In der Nacht vom 16. zum 17. August starke Nachblutung aus der Ausschußwunde. Es wird Blutung aus Maxillaris interna angenommen Unterbindung der Carotis externa.

In der Nacht vom 17. zum 18. August mehrere Male leichte Nachblutung. Am 18. August früh 8 Uhr nochmalige Blutung. Pat. ziemlich erschöpft. Deshalb Unterbindung der Carotis communis. Abends Temperatur 38,5 Grad. Puls 116. Der Kranke ist benommen. Sprache gelähmt. Keine Schluckbewegungen, leicht schnarchende Atmung.

19. August. Pat. noch benommen. Reagiert nicht auf Anrede. Linksseitige Fazialislähmung. Rechtsseitige Extremitätenlähmung. Urin und Stuhl gehen unfreiwillig ab.

24. August. Reagiert auf Anrede durch Nicken. Schlucken leichter.

27. August. Wieder starke Blutung aus der Operationswunde. Bei Erweiterung der Wunde zeigt sich großes Loch an der Unterbindungsstelle der Carotis communis. Gefäß reißt leicht ein, da das ganze Gewebe schmierig ist. Wieder vollkommen benommen. Tamponade.

6. September. Reagiert besser. Scheint Fragen zu verstehen.

20. September. Noch unfreiwilliger Stuhl- und Urinabgang. Arm- und Beinlähmung bestehen noch. Kann einzelne Worte sprechen.

5. Oktober. Hilfslazarett Nervenklinik. Linksseitige Fazialislähmung. Zunge weicht nach rechts ab. Sprachverständnis anscheinend erhalten, wie er durch Kopfschütteln und Nicken andeutet. Sprache kaum verständlich. Einfache Gebrauchsgegenstände richtig be-

nannt. Sehfähigkeit und Gehör nicht gestört. Rechter Arm und rechtes Bein können nicht bewegt werden. Spasmen, Kloni, Babinski. Kann sich mühsam mit Hilfe des linken Armes im Bett aufsetzen, sonst keine Bewegungen möglich.

6. Oktober. Heute morgen vollkommen eingenäßt.

10. Oktober. Hat Kot unter sich gelassen und diesen in die Schublade gelegt. Auf Vorhalt verständnislos.

16. Oktober. Etwas munterer. Sprachverständnis scheinbar gut. Kann einfache Gegenstände richtig benennen. Sprache schlecht artikuliert.

24. Oktober. Nicht mehr unsauber. Kann einfache Wünsche verständlich vorbringen.

2. November. Sitzt zum ersten Mal im Lehnstuhl.

20. November. Gehversuche, kann sich aber kaum auf das rechte Bein stützen.

15. Dezember. Keine psychischen Störungen mehr. Wortverständnis gut erhalten. Findet die Worte besser. Noch deutliche artikulatorische Störungen. Komplizierter Worte bringt er nicht heraus, schüttelt mit dem Kopfe. Keine Gesichtsfeldeinschränkung. Sehschärfe beiderseits 5/5. Hörfähigkeit mindestens 5 m Flüsterstimme.

7. Januar 1918. Kann sich mit Stock gut ohne fremde Hilfe fortbewegen. Hemiplegischer Gang. Der rechte Arm liegt am Körper an, die Finger sind eingeschlagen, können nur gegen starken Widerstand gestreckt werden. Willkürliche Fingerbewegungen nur andeutungsweise. Kann mit der rechten Hand nichts ergreifen. Kann sich ohne Unterstützung der linken Hand im Bett aufrichten.

10. Februar. Gehfähigkeit macht weitere Fortschritte. In der Klinik bewegt er sich immer ohne Stock, nur beim Spaziergang in die Stadt benutzt er den Stock. Vorgezeigte Gegenstände richtig benannt. Schwierige Worte bekommt er noch schlecht heraus, mangelhafte Artikulation. Finger werden richtig benannt. Zählt richtig bis 54, dann perseveriert er, kann aber mit Einhilfe weiterzählen. Einfache Rechenaufgaben werden gut gelöst. Hat mit Schreiben gute Fortschritte gemacht.

8. Juli. Schwäche im linken Mundfazialis. Kauen geht gut. Zunge gerade, etwas zittrig, kann Zunge frei bewegen. Sprache etwas leise und gedämpft. Wortverständnis gut. Bezeichnet vorgehaltene Gegenstände richtig, weiß, was damit anzufangen ist. Wortfindung wesentlich gebessert, nur einzelne Worte, z. B. Tuch, Schiebekästchen, findet er erst nach längerer Zeit. Bei Spontansprechen noch mangelhafte Satzbildung. Nachsprechen leichter Worte gelingt gut. Schwierigere Worte, wie Artilleriebrigade, Zaunstachel, Photograph, werden beim Nachsprechen schlecht artikuliert. Dasselbe auch beim Vorlesen. Beim Vorlesen werden einzelne Silben ausgelassen. Inhaltsangabe noch dürftig. Schreibt mit der linken Hand sehr gut leserlich, schreibt auch fehlerlos ab. Spontanschreiben geht schlecht. Augenbewegungen frei. Keine Seh- oder Hörstörungen. Spastische Parese der rechtsseitigen Gliedmaßen. Munteres Wesen. Unternehmungslustig. Trägt rechts Schienenstiefel. Kann ohne Beschwerden bis drei Stunden gehen. Kann mit rechter Hand zwar nichts ausrichten, ist aber sehr bemüht, es zu lernen. Große Fertigkeit im Gebrauch der linken Hand. Sprach- und Schreibunterricht. Die Sprachstörungen zeigen deutliche Neigung zur Besserung, in geringem Grade hat sich mit fortschreitender Übung auch die Gehfähigkeit gebessert.

Epikrise.

Der Fall Sch. ist gewissermaßen ein Experiment auf die Blutversorgung des Gehirns. Die Zufuhr aus der Carotis interna ist durch die Unterbindung der Carotis communis verhindert. Zahlreiche Friedens- und Kriegserfahrungen haben gezeigt, daß der Verschluß der Carotis communis meist sehr gut vertragen wird. Den Ausgleich der Blutzirkulation hat man mit der günstigen Anastomosenbildung im Circulus arteriosus Willissii zu erklären versucht. Lewandowski hat darauf hingewiesen, daß beim Verschluß der Carotis communis Personen mit rüstigem Gehirn in 75 v. H. der Fälle keine nachteiligen Folgen erleiden. Etwa 10 v. H. sollen zum Exitus kommen, während bei den übrigen trotz anfänglicher schwerer Bewußtseinstrübung und trotz Hemiplegie und Aphasie im Laufe der Zeit eine vollkommene oder doch weitgehende Restitution eintreten soll. Diese Angaben sind, soweit sich aus der Literatur ersehen läßt, durch die Kriegserfahrungen nicht widerlegt. Voraussetzung für den guten Operationserfolg ist also immer ein intaktes Gehirn. Dieses wesentliche Erfordernis hat bei Sch. gefehlt. Die Unterbindung war zur Lebensrettung erforderlich, sie fand aber unter ungünstigen Umständen statt. Sch. war schon stark ausgeblutet. Vor und noch längere Zeit nach der Operation bestanden psychische Störungen, die als Zeichen einer allgemeinen Gehirnanämie aufgefaßt werden dürften.

Es bestehen nun noch motorisch-aphatische, dysarthrische und hemiplegische Störungen. Das Substrat dieser klinischen Symptome sind wahrscheinlich Erweichungsherde im motorischen Sprachzentrum und in der Nähe der inneren Kapsel. Wenn auch anzunehmen ist, daß sich die Sprachstörungen und vielleicht auch in gewissem Grade die hemiplegischen Störungen im Laufe der Zeit durch Übung noch bessern, so wird die Restitution doch eine unvollkommene bleiben. Als Ursache dieser mangelhaften Restitution dürfte wohl die Tatsache anzusehen sein, daß das Gehirn schon vor der Unterbindung der Carotis communis nicht mehr intakt war.

Fall II. Gefreiter G., 29 Jahre alt.

Am 15. August 1915 Durchschuß der linken Schulter und des Halses. Sofort Lazarettbehandlung. Über erste Lazarettzeit fehlen Aufzeichnungen.

Unter dem 17. September 1915 ist folgendes vermerkt: Wunden geheilt, an der linken Halsseite wallnußgroße pulsierende Geschwulst, die als Aneurysma der Carotis communis angesehen wird. Die linke Schulter war etwas versteift, deshalb medico-mechanische Behandlung.

Am 15. Januar 1916 aus Lazarett entlassen. Keine Funktionsstörung des linken Armes. Halsgeschwulst etwas abgeflacht. Vom Aneurysma aus nie Beschwerden, deshalb auch immer ablehnendes Verhalten, wenn zur Operation geraten wurde.

Nach der Lazarettentlassung zum Ersatz-Bataillon. Hier nur leichter Ordonnanzdienst. 11. Juli 1916 als Schreiber zum Bezirkskommando.

März 1917 bemerkte er eines Morgens während seines Dienstes in der Schreibstube des Bezirkskommandos, daß er plötzlich nicht mehr schreiben konnte. Er nahm sich ein Blatt Papier, um die Worte erst vorzuschreiben. Hiermit wurde er nicht recht fertig. Kurz danach wollte sich eine Frau in Reklamationsangelegenheiten bei ihm erkundigen. Jetzt bemerkte er, daß er auch nicht sprechen konnte. Er verließ den Dienst, legte sich etwas hin. Am nächsten Morgen keinerlei Störungen mehr.

1. August 1917 erwachte er früh gegen 6 Uhr und merkte, daß „etwas nicht in Ordnung" war. Er wollte sich aufrichten, fiel aber sofort wieder zurück, denn der rechte Arm und das rechte Bein „wollten nicht". Er konnte aber dann um 7 Uhr beschwerdelos zum Dienst gehen. Hier bemerkte er, daß er weder sprechen noch schreiben konnte.

9. August 1917 ins Hilfslazarett Univ.-Nervenklinik: An der linken Halsseite neben dem vorderen Rande des Kopfnickermuskels pulsierende Geschwulst von Wallnußgröße. Affektlose Mimik. Zunge gerade, unter lebhaftem Zittern. Sehen und Hören intakt. Pupillen mittelweit, gleich, rund, reagieren gut. Augenhintergrund regelrecht. Keine Gesichtsfeldeinschränkung. Wortverständnis gut erhalten. Erkennt Gegenstände und weiß, was mit ihnen anzufangen ist, kann aber die Wortbezeichnung nicht finden. Antwortet bisweilen mit ja oder nein, meist nur mit Kopfschütteln. Nachsprechen gelingt nur mit Mühe. Versteht Gelesenes, kann aber nicht vorlesen. Kann nur seinen Namen einigermaßen leserlich schreiben, sonst Schreiben nicht möglich. Geordnetes Verhalten. Innere Organe in Ordnung. Gliedmaßen in allen Gelenken frei beweglich. Keine Reflexstörungen. Auch isolierte Fingerbewegungen gut möglich.

10. September. Einfache Gebrauchsgegenstände richtig benannt. Wortfindung noch erschwert. Beim Vorlesen schwierige Worte verstümmelt. Nachsprechen gelingt ziemlich gut.

2. Oktober. Abschreiben gelingt, jedoch noch häufig verschrieben. Spricht im Telegrammstil. Perseveriert oft. Wortfindung noch sehr erschwert.

1. Dezember. Wortkarg. Wenig Umgang mit Kameraden. Bewegungsarme Mimik. Monotone Stimme. Sprachunterricht.

16. Februar 1918. Heute abend 10 Uhr, eine Stunde nach dem Zubettgehen plötzlich: schnarchende Atmung, zyanotisch, Schaum vor dem Munde, weite lichtstarre Pupillen. Gliedmaßen schlaff, reflexlos, kein deutlicher Babinski, keine Differenz in der Gesichtsmuskulatur. Vollkommen eingenäßt. Mehrere Stunden tiefer Schlaf.

17. Februar. Fühlt sich noch etwas matt. Wortfindung nicht verschlechtert. Auch sonst keine neuen Störungen verursacht.

25. Februar. Hat sich wieder erholt.

21. März. Heute morgen 9 Uhr wieder Anfall wie am 16. Februar. Schon nach wenigen Stunden erholt. Liegt zu Bett, trotzdem nachmittag 2 Uhr wieder Anfall.

14. April. Saß nachmittags ruhig auf Veranda, plötzlich fiel er aus dem Stuhl, sonst Verlauf wie früher, aber ohne Einnässen.

15. Mai. Heute morgen im Bad Anfall wie am 16. Februar.

8. Juli. Klagt öfter über Kopfschmerzen. Wortverständnis gut. Wortfindung noch etwas erschwert, besonders nach längerer Unterhaltung. Vorgezeigte Gegenstände meist richtig benannt. Nur einzelne Worte erst nach längerem Nachdenken, z. B. Waschbecken, Blumenstock, Löffel. Spontansprechen schlechter als Nachsprechen. Spricht noch in Telegrammstil, wiederholt öfter die Worte. Wenig Neigung zu Spontanäußerungen. Monotone Stimme. Vorlesen geht ziemlich gut. Inhaltsangabe dürftig. Spontanschreiben macht viel Mühe. Abschreiben gelingt ziemlich gut, doch ist die Schrift klein und kritzlig. Sehen und Hören intakt. Keine Motilitäts- und keine Sensibilitätsstörungen. Mangel an Initiative.

Epikrise.

Beim Fall G. ist bemerkenswert, daß das Aneurysma anderthalb Jahre lang keine Erscheinungen machte. Erst dann haben sich plötzlich ohne erkennbare äußere Ursache schwere Krankheitserscheinungen eingestellt. Der pathologische Prozeß, der diese klinischen Symptome ausgelöst hat, ist nicht völlig klar, insbesondere nicht wegen des zeitlichen Momentes. Die Vorgänge könnten so gedeutet werden, daß Gewebsbröckel aus den thrombotischen Ablagerungen des Aneurysmasackes losgerissen sind, die dann durch Fortschwemmung zu embolischer Verstopfung von Gehirngefäßen geführt haben. Zunächst waren die Folgen nur flüchtiger Natur. Die nach fünf Monaten sich wiederholende Embolie hat dann aber durch längerdauernde Absperrung von der arteriellen Blutversorgung im motorischen Sprachzentrum zu einem Erweichungsherd geführt, der sich

nur mangelhaft restituiert hat. Hierdurch ist G. in seiner geistigen Persönlichkeit schwer geschädigt. Außerdem befindet er sich aber, da seit Februar fast monatlich ohne äußere Ursache schwere Konvulsionen dazugekommen sind, in ständiger Lebensgefahr. Trotz denkbar größter Schonung sind diese bedrohlichen Zustände aufgetreten. Bei diesem Tatbestand ist er zu einer Betätigung im praktischen Leben unfähig. Es könnte hieraus geschlossen werden, daß bei derartigen Karotis-Aneurysmen eine möglichst frühzeitige Operation erwünscht ist.

Der Entschluß zur Operation wird allerdings oft nicht leicht sein, zumal wenn der Kranke keinerlei Beschwerden empfindet und den Grund zur Operation nicht recht einsieht. Es gibt ja auch Fälle, wo die Operation mit einem schweren Mißerfolge endet. So stellte kürzlich im Halleschen Ärzteverein Prof. Pfeiffer einen Mann vor, der durch Schußverletzung ein Aneurysma der linken Karotis erlitten hatte, das aber keinerlei Beschwerden machte. Durch die Unterbindung der Karotis kam es zu schweren aphatischen Störungen sowie zu rechtsseitiger Hemiplegie und Sensibilitätsstörungen. Es dürfte aber doch wohl hieraus nicht der Schluß gezogen werden können, daß die Unterbindung der Karotis als vorbeugende Maßnahme lieber unterbleiben soll. Mißerfolge sind bei Operationen ja nie auszuschließen. Sie werden bei Karotisunterbindungen insbesondere bewirkt werden können durch Gefäßanomalien, die eine Beeinträchtigung der Anastomosenbildung zur Folge haben, deren Vorhandensein vor der Operation aber nicht vorausgesehen werden kann. Immerhin sind nach der Statistik bei sorgfältiger Auswahl die Mißerfolge verhältnismäßig gering. Der Fall Sch. kann für die gegenteilige Ansicht nicht verwertet werden, weil bei ihm ja das Haupterfordernis für den Operationserfolg, nämlich das intakte Gehirn, nicht vorhanden war.

Im Falle G. hat jedenfalls die zuwartende Haltung keinen Vorteil gebracht. Er ist jetzt in seiner geistigen Persönlichkeit schwer geschädigt und eine Operation ist nicht mehr möglich. Mit Rücksicht auf seinen jetzigen Zustand läßt sich daher sagen, daß bei ihm die frühzeitige Operation nötig gewesen wäre.

(Aus der Königlichen Universitäts-Nervenklinik in Halle. Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. G. Anton).

Ein Beitrag zur Kasuistik des Hermaphroditismus.

Von **Arnold Reingardt**, Assistenzarzt der Klinik.

Um den Endzweck der geschlechtlichen Verbindung zwischen Mann und Weib, die Erhaltung und Weiterentwicklung der Art zu erreichen, ist die erste Vorbedingung die richtige Funktion der Keimdrüsen und dann die Möglichkeit, daß durch die Gestaltung der übrigen Teile des Genitalapparates eine völlige Verschmelzung der von ihnen gelieferten spezifischen Produkte der männlichen und weiblichen Gonade gewährleistet wird.

Da bei der Aufzucht und bei der Erbfolge der Kinder die Institution der Ehe eine wichtige Rolle spielt, so wird es von großer Bedeutung sein, daß bei der Eheschließung im allgemeinen nur fortpflanzungsfähige Individuen sich verbinden. Die Bestimmung des Geschlechtes ist deshalb von eminent praktischer Bedeutung, sie geschieht bei Neugeborenen nach der Gestalt der äußeren Genitalien, bereitet aber in einigen Fällen, wo dieselben von der Norm abweichende Bildung haben, auch dem Sachverständigen häufig erhebliche Schwierigkeiten, ja ist sogar öfter nicht vorzunehmen.

Menschen, bei denen eine exakte Bestimmung des Geschlechtes infolge Verwischung der Geschlechtscharaktere nicht möglich ist, heißen Hermaphroditen, Zwitter, deren Existenz allerdings das Bürgerliche Gesetzbuch im Gegensatz zum alten preußischen Landrecht nicht mehr anerkennt, wobei es vom Sachverständigen ein Urteil zu erlangen sucht, das er nach dem heutigen Stande unseres Wissens abzugeben nicht in der Lage ist.

Es handelt sich also beim Hermaphroditismus um eine Vermischung der entgegengesetzten Geschlechtscharaktere und damit um eine Verwischung des Geschlechtes, sei es nun, daß die Unklarheiten durch die mangelhafte Ausbildung der Genitalorgane, der akzidentellen körperlichen oder der psycho-sexuellen Merkmale bedingt sind.

Wenn man heute überhaupt noch rein äußerlich eine Einreihung der Hermaphroditen in ein Schema vornehmen will, so erscheint es mir am zweckmäßigsten, das von Siegenbeck aufgestellte zu wählen, es ist einfach und übersichtlich.

Siegenbeck unterscheidet einen Hermaphroditismus genitalis glandularis, wo männliche und weibliche Geschlechtsdrüsen gemischt vorkommen; einen Hermaphroditismus genitalis tubu-

laris, wo die Ausführungsgänge männlich und weiblich gemischt sind, und einen Hermaphroditismus genitalis conjugalis, wo die Kopulationsorgane gemischt sind.

Tatsächlich haben sich, wie wir aus den Untersuchungen von Steinach wissen, all diese Einteilungen überlebt, richtunggebend beeinflußt den Organismus bei der Entwicklung der Geschlechtscharaktere allein die Keimdrüse, deren einer formativer, innersekretorischer Anteil von dem generativen, funktionellen wohl zu trennen ist.

Alle Abweichungen vom Normaltyp müssen wir auf andersgeschlechtliche Einsprengungen in die Geschlechtsdrüse zurückführen.

Steinach formuliert seine, auf Grund seiner Versuche über den künstlichen Hermaphroditismus gewonnenen Erfahrungen dahin, daß er sagt:

Es gibt für alle Zwittererscheinungen nur eine Ursache, und diese beruht auf dem Entstehen einer zwittrigen Pubertätsdrüse als Folge einer unvollständigen Differenzierung der Keimstockanlage, während die normale eingeschlechtige Entwicklung durch die vollständig durchgreifende Differenzierung derselben zu einer männlichen oder weiblichen Pubertätsdrüse bedingt ist.

Diese mangelhafte Differenzierung der Keimdrüse kommt aber in der frühesten Zeit der embryonalen Anlage bereits zustande, wo die Anlage des Urogenitalsystems völlig indifferent ist. Sie wird erkennbar an dem Auftreten der Leydigschen Zellen.

Die Versuche Steinachs haben uns endlich einen Einblick in das Dunkel gebracht, das über den Hermaphroditismus gebreitet schien.

Wir lassen nun die Beschreibung des von uns beobachteten Falles folgen und werden versuchen, eine Erklärung für diese eigenartige Erscheinung auf Grund der eben gemachten Ausführungen zu geben.

Johanna W., 18 Jahre alt, Landwirtstochter.

Anamnese: Johanna suchte uns Ende Mai d. J. auf, damit bei ihr die Art von Krampfanfällen festgestellt werde, die sich im Anschluß an einen heftigen Schreck eingestellt hatten, den sie am Charfreitag (Ausgang März 1918) dadurch erlitt, als sie ihre kleine Nichte die Treppe herunterfallen sah. Diese Anfälle hatten an Stärke und Zahl trotz Einspritzung größerer Morphiumdosen derartig zugenommen, daß wenige Tage nach Ostern die Einlieferung in ein Krankenhaus notwendig wurde, wo dem untersuchenden Arzt die tiefe Stimme und der Gesamteindruck des Mädchens zu einer Untersuchung des Genitales veranlaßte. Das Ergebnis dieser Untersuchung formulierte er gegenüber den Eltern dahin, Johanna sei kein Mädchen, sie sei ein Zwitter.

Die zweite Frage war, ob die Krampfanfälle durch Beseitigung eines Bruches zu beheben wären.

Die Mutter Johannas starb zehn Jahre nach der Geburt ihrer jüngsten Tochter an Asthma bronchiale und an einem Herzleiden, der Vater ist gesund.

Nerven- und Geisteskrankheiten, gröbere Charakteranomalien, Geschlechtskrankheiten und Alkoholismus kamen in der Familie nicht vor. Sie selbst ist das jüngste von sieben Kindern, zwei Brüder sind gesund, von mittlerer Statur, Landwirte, von den vier Schwestern ist eine klein an unbekannter Krankheit gestorben, eine ist nach sechsjähriger Ehe jetzt erstmalig gravide, sie wünschte sich stets Kinder und suchte aus Besorgnis über ihre Kinderlosigkeit wiederholt Frauenärzte auf, die ihr die Vornahme einer Diszission wegen Enge des Muttermundes anrieten, die sie aber nicht vornehmen ließ, eine andere Schwester, Opernsängerin, hat trotz geschlechtlichen Verkehrs ebenfalls erst sehr spät geboren, diese sei auffallend fett, wiege 205 Pfund, die dritte Schwester habe eine normale und eine Fehlgeburt durchgemacht.

Sowohl an dem Habitus, wie besonders an der Gestaltung der Genitalien der Kinder soll nach den Angaben des Vaters nichts Auffälliges festzustellen gewesen sein.

Johanna selbst lernte spät gehen und sprechen, war in frühester Jugend immer schwächlich, entwickelte sich aber geistig zunächst normal, sie lernte gut in der Schule, saß in der Klasse stets zweite, faßte gut auf, lernte leicht auswendig, indem sie sich hierbei den Sinn der Aufgabe zurechtlegte und dann erst nach dem Reim bei Gedichten zu lernen pflegte. Besonderes Interesse brachte sie der Erdkunde, Geschichte und dem Aufsatz entgegen, während sie gegen Handarbeiten eine ausgesprochene Abneigung hatte; sie waren ihr zu langweilig und gelangen ihr nie gut.

Sie war immer unverträglich, bekam leicht Streit, verprügelte dann ihre Gegner gern, war ausgelassen, kletterte mit ihren Brüdern auf Bäumen um die Wette herum, turnte sehr gern und geschickt an Geräten, so daß sie Vorturnerin war, las viel, besonders gern Bücher geschichtlichen Inhalts, spielte aber andererseits gern mit Puppen, deren sie eine größere Zahl besaß, die größte derselben ist heute noch in ihrem Besitz, hin und wieder holt sie dieselbe wieder hervor, um sie zu betrachten, wobei sie Freude empfindet. Bei ihrem Spielen mit den Altersgenossen sei das „Familiespielen" nicht vorgekommen.

Zu Hause habe man sich immer ganz offen über sexuelle Dinge unterhalten, man sei dezent, aber niemals prüde gewesen.

Mit 12½ Jahren habe sich bei ihr, nachdem sie ein kaltes Bad genommen und sich beim Turnen verletzt hatte, eine vier Tage hindurch anhaltende Blutung aus der Scheide von hellroter Färbung eingestellt, wovon sie ihrer Großmutter Mitteilung machte, die ihr sagte, „das sei bei den Frauen so und werde von nun an bei ihr regelmäßig auftreten".

Bisher seien derartige Blutungen aber nicht wieder aufgetreten. Ernsthaftere Gedanken hierüber habe sie sich nicht gemacht, weil sie sich sagte, sie habe mit keinem Mann Verkehr und könne deshalb nicht schwan-

ger sein. Von vikariierend aufgetretenem Nasenbluten weiß sie nichts, sie habe nur Polypen in der Nase gehabt, die geblutet hätten, aber nach Entfernung derselben sei das Nasenbluten ausgeblieben.

Etwa zu derselben Zeit, wo die erste Blutung aus der Scheide auftrat, habe sie bemerkt, daß ihre Stimme mutierte und immer tiefer wurde. Singen habe sie nicht gekonnt.

Mit 13 Jahren litt sie viel an Alpdrücken, hatte nachts oft wilde Träume, besonders von Jagden, wo sie gewöhnlich verfolgt wurde und in Abgründe stürzte.

Nach der Schulentlassung führte sie einem Bruder, dessen Frau gestorben war, die Wirtschaft, verrichtete dabei größere körperliche Leistungen, hob bequem anderthalb Zentner Getreide und trug es auf dem Rücken größere Strecken weit fort, empfand dabei aber Schmerzen in der rechten Leistengegend. Sonst war sie imstande, alle landwirtschaftlichen Arbeiten zu verrichten. Die Führung der Hauswirtschaft machte ihr stets Freude und schaffte ihr Befriedigung, sie entwickelte sich dabei körperlich sehr gut, wuchs beträchtlich, so daß sie den Vater und ihre Geschwister an Größe überragte. In ihrer freien Zeit beschäftigte sie sich mit der Lektüre von Romanen der Courths-Mahler, Anny Wothe, der Eschtruth, Brausewetters und des Ullstein-Verlages. Interesse gewann sie nur solchen Romanen und Erzählungen ab, die von Liebesgeschichten handelten und wo sich die Paare schließlich kriegten. Bei ihrem Hange zu Mystischem und Gruseligem habe sie auch Schriften über Spiritismus und Hypnose gelesen, sich auch im engeren Kreise mit der Anwendung der Hypnose selbst versucht, allerdings ohne Erfolg. Teilweise habe sie auch Kriegsliteratur gelesen. Der Gedanke, am Kriege selbst teilzunehmen, sei ihr nicht gekommen, eine besondere Begeisterung für das Heer habe sie nicht empfunden. Eine Vorliebe besitze sie für Uniformen, namentlich für recht bunte. Sie selbst trage gern Schmuck, liebe aber nicht Parfüme und stark riechende Seifen. Sie tanze gern, allerdings nur in der Rolle der Dame und mit Männern; das Tanzen mit Frauen sei ihr unangenehm und vermöge ihr kein Lustgefühl zu erzeugen. Sie habe wohl Freundinnen, doch wären die Freundschaften nur oberflächlich; sie bekomme leicht mit ihnen Streit, weil sie meist falsch wären und zu allerlei Gerede Anlaß gäben. Von ihren Tänzern habe sie besonders große, kraftvolle, hübsche Personen mit gewandtem Benehmen, die auch Wert auf gute Kleidung legten, und dunklem Haar bevorzugt. Hin und wieder habe sie sich auf dem Nachhausewege von ihrem Tänzer küssen lassen, sich aber nie auf sexuelle Handlungen eingelassen, auch nicht mit zwei Männern, von denen der eine, von ihr stark begünstigt, um ihre Hand anhielt, aber vom Vater wegen eines Streitfalles mit der Familie, der andere, ein Lehrer, gewandt im Auftreten, wegen der roten Farbe seines Haares, als sie Ostern d. J. mit Krämpfen erkrankte, von ihr selbst abgewiesen wurde. Von jeher habe sie eine Neigung zum männlichen Geschlecht empfunden, bestreitet aber die Vornahme masturbatorischer Handlungen, das Auftreten von Erektionen und Schleimabsonderungen aus der Scheide bei Umarmungen.

Ihr Haar habe sie bei passenden Gelegenheiten gern nach der neuesten Mode frisiert getragen, gewöhnlich aber habe sie sich ganz schlicht frisiert, weil ihr die Anfertigung der neuen Frisuren meist zu viel Mühe machte.

Zweimal habe sie an spiritistischen Sitzungen teilgenommen, jedoch die Beschäftigung damit wieder aufgegeben, weil ihr, was dort geboten wurde, zu albern und unwahrscheinlich war.

G e g e n w ä r t i g e r B e f u n d. Johanna ist 168 Zentimeter groß, wiegt 63 kg und befindet sich in Frauenkleidung, trägt um den Hals in Höhe des Pomus Adami ein Sammetbändchen, diesen dadurch verdeckend. Getragen wird Korsett und sämtliche sonstige Unterkleidung des Weibes. Der Gesamteindruck ist etwas eckig. Das Haar wird in einem zum Knoten gerollten Zopf getragen, der bis hinab zu den untersten Brustwirbeln reicht.

Der Gesichtsausdruck ist frei, der Teint unrein, die Haut leicht bräunlich gefärbt, mit zahlreichen Aknepusteln besetzt.

Der größte Umfang des länglichen Schädels beträgt 57 cm, der Querbogen ist mit 39 cm gleich dem Längsbogen, die Jochbögen stehen etwas weit auseinander, der Unterkiefer ist ziemlich massig, der Kiefer breit, die Nase groß und kräftig, besitzt ziemlich weit vorspringenden Höcker. Die Stirn ist hoch, leicht zurückfliehend, die Augenbrauen sind leicht zusammengewachsen, kräftig ausgebildet und ziemlich stark geschwungen. An der Oberlippe besteht Anflug von Schnurrbart, sonst nach Anordnung des Haares im Gesicht nach Form einer „Fischerkrause" und am Hals, besonders in der Gegend des Kehlkopfes, dessen Schildknorpel weit vorstehend eine tiefe Inzisur bilden. Die Stimme ist als rauhe Baßstimme zu bezeichnen.

Die Kragenweite beträgt 38,6 cm, der Hals ist scharf gegen den Rumpf abgesetzt. Das Gebiß ist kräftig entwickelt, gepflegt, die Zähne sind groß und gut erhalten, die Ohren groß und wohlgebildet. Der Bau des Rumpfes ist kräftig, eckig, besonders auch die Schultern, die Schlüsselbeine sind deutlich gekrümmt, eckig, der Brustkorb ist breit, gut gewölbt, das Mammagewebe fehlt, die Brustwarze zeigt männlichen Typ bei leichter Pigmentation. In der Mitte des Brustbeins findet sich mäßige Behaarung von ziemlich starrem Haar. Die Schulterbreite überragt die Beckenbreite beträchtlich. Das Becken ist hoch, schmal, der Schambogen winklig. Die Pubes sind stark entwickelt und setzen sich in der Linea alba hinauf fort bis zum Nabel. Die Hirci sind ebenfalls stark entwickelt und auch an den Innenflächen der Unterschenkel findet sich stärkere Behaarung. Die Röhrenknochen sind kräftig und lang, der Stamm ist im Verhältnis zu diesen, besonders zu den Beinen kurz, die Hände und Füße sind groß, die Handflächen derb, die Handschuhgröße beträgt 8½, die Schuhgröße 41.

Nirgends, besonders in der Gegend der Oliven, der Oberschenkel oder an den Nates, finden sich Fettdepots.

An den Beinen springt die Muskulatur stark hervor.

die Kontur ist dadurch eckig und von durchaus männlichem Typ. Der Gang ist fest, erfolgt mit großen Schritten, ohne Wiegen und Drehen des Beckens.

Eine auch von der Kgl. Frauenklinik (Oberarzt Dr. Linnert) vorgenommene Genitaluntersuchung ergab folgenden Befund:

Die Klitoris ist hypertrophisch, die äußeren Geschlechtsteile weisen im ganzen ausgesprochenen weiblichen Typus auf. Die Harnröhre mündet etwa 3 cm unterhalb der Klitoris und die rechts und links davon gelegenen fetthaltigen Hautlappen machen den Eindruck von großen Labien. Sie umschließen einen Sinus urogenitalis, der in eine etwa 5 cm lange Scheide hinaufführt, die oben blind endet. Die Schleimhaut ist gegen die Umgebung verschieblich, Uterus und innere Genitalien waren auch bei rektaler Untersuchung nicht zu fühlen. In der rechten großen Labie findet man einen rundlichen, harten, etwa taubeneigroßen, beweglichen Körper, der Leistenkanal ist klaffend, auch der linke Leistenkanal klafft etwas. Vom Rektum her fühlt man in der Höhe des oberen Endes des Scheidenrudimentes zwei rundliche, etwa bohnengroße Verdickungen von ziemlich symmetrischer Lagerung.

Die Untersuchung an den inneren Organen der Brust- und Bauchhöhle ergab keinen krankhaften Befund. Die Sehnenreflexe, die Pupillenreaktion und ebenso die Funktion der Sinnesorgane sind ungestört, Störungen der Hautempfindung, des Lagerungs- und Tastgefühls bestehen nicht. Im Urin findet sich nichts Krankhaftes.

Die Abderhaldensche Serumfermentreaktion (im Abderhaldenschen Instiut ausgeführt) ergab bei Ovarium, Hoden, Thyreoidea, Hypophysis cerebri und Glandulae suprarenalis keinen, dagegen bei Uterus deutlichen Abbau.

Ein Schädelröntgenbild in seitlicher Durchleuchtung ergibt außer etwas großer, aber wohlgeformter Sella turcica nichts Abnormes.

Die Krampfanfälle, welche hier zur Beobachtung kamen und anfangs jeden zweiten Tag auftraten, hatten typisch hysterisches Gepräge. Sie blieben aus nach zeitweilig verordneter Bettruhe und Anwendung kühler Packungen, traten dann aber nach einer Untersuchung in Narkose wieder in erheblicher Zahl auf; die gleiche Behandlung hatte gleichen Erfolg.

Was den psychischen Befund anbelangt, ist er zum Teil bereits in den Aufzeichnungen der Anamnese mit niedergelegt, so daß ich mich hier nur auf das Fehlende beschränken kann.

Im allgemeinen macht Johanna einen etwas schüchternen Eindruck, sie bietet in der Mimik, die lebhaft und den Gemütsbewegungen adäquat ist, nichts Auffälliges. Die Gestik ist nicht lebhaft, Handbewegungen sind ziemlich eckig.

Johanna gewöhnt sich trotz ihrer anfänglichen Schüchternheit bald ein, sucht in Konnex mit der Umgebung zu kommen und erweist sich in jeder Hinsicht als ansprechbar. Sie ist zu Scherzen geneigt, kritisiert gern, zeigt dabei, daß sie gut beobachtet und ein feines Empfinden für die Schwächen ihrer Umgebung hat. Sie erweist sich bescheiden, hat aber die Neigung, ihren Kopf gegenüber dem Personal durchzusetzen.

Sie faßt gut bei Gesprächen auf, ist schlagfertig in ihren zuweilen jokosen Antworten.

Die Stimmung ist als indifferent anzusehen, jedenfalls sind gröbere Schwankungen während des hiesigen Aufenthaltes nicht bemerkt worden.

Die allgemeinen ethischen Vorstellungen sind normale, entsprechend der genossenen Erziehung, die Ansichten über die Ehe sind nüchtern. Sie selbst wolle sich einmal verheiraten, möchte aber am liebten keine Kinder haben, weil ihr Kinder immer lästig gewesen wären. Wenn sie Kinder bekomme, werde sie sie sorgfältig erziehen und die angeborenen Eigenschaften zu fördern suchen. Die Ehe sichere am besten die Höherentwicklung der Art, weil die Eltern ein Interesse daran hätten, die Anlagen der Kinder durch die Erziehung zu fördern.

Früher will sie Zigaretten geraucht und Bier und stärkere Alkoholika gern getrunken haben.

Johanna ist sparsam, fleißig, arbeitswillig und stetig in ihrer Arbeit.

Sie äußert sich bei allen Fragen offen.

Über ihren Zustand ist sie sich völlig im unklaren, sie hält sich für ein Weib.

Zusammenfassung:

Bei der Entscheidung, ob Johanna W. dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zuzuteilen ist, bedarf es der Abwägung der männlichen und weiblichen Charakteristika gegeneinander.

Männlich ist der Habitus Johannas, ebenso der Gesichtsausdruck, der Teint, die Form des Kehlkopfes, die sonore Stimme, die Form der Brüste, der scharf gegen den Rumpf abgesetzte Hals, der Bartwuchs, der Bau des Beckens, das Verhältnis von Becken- zur Schulterbreite, die graden, kräftigen, langen Beine in ihrem Verhältnis zum Rumpf,

die daran stark ausgebildeten Muskelansätze, die kräftigen Knochen, die ganzen Bewegungen, das Fehlen der typischen Fettdepots, die Schambehaarung.

Unsicher männlich ist ein taubeneigroßes, festes Gebilde in der rechten großen Labie, wahrscheinlich der Hoden.

Von sicher männlichen Geschlechtszeichen sind nicht nachweisbar das Skrotum, die Prostata und Ejakulationen.

Mehr weiblich sind die Vagina, Urethra und die Labia majora.

Von sicheren weiblichen Geschlechtszeichen sind nicht nachweisbar die Ovarien, Tuben, Uterus und Menstrualblutungen.

Ob zwei bohnengroße, vom Rektum zu fühlende Körper als Reste der Uterusanlage oder als Prostatareste anzusehen sind, läßt sich nicht entscheiden.

Weiblich erscheint das ganze Trieb- und Vorstellungsleben Johannas, trotzdem sie in der Jugend knabenhafte Neigungen, so auch die Vorliebe für sportliche Betätigung, die Neigung zu Handgreiflichkeiten gehabt, Zigaretten geraucht und bei Gelegenheit stärkere Alkoholika genossen hat.

Jetzt besteht bei ihr eine Neigung zum männlichen Geschlechte, zu stattlichen, hübschen und gewandten Menschen und der Wunsch, eine Ehe einzugehen, aber auffallenderweise tritt der Geschlechtstrieb doch nicht elementar hervor, der Fortpflanzungstrieb scheint überhaupt nicht entwickelt zu sein. Dem Drängen nach außerehelichem Sexualverkehr hat Johanna ohne Schwierigkeiten widerstanden. Sie will auch nie masturbatorische Handlungen vorgenommen haben, was bei ihrer Wahrheitsliebe wohl glaubhaft erscheint.

Ihre ethischen Gefühle zeigen keinerlei Abweichungen von der durch die Erziehung gegebenen Bahn. In der Ausübung der Hauswirtschaft findet sie vorwiegend ihre Befriedigung, Tanz und Gesellschaft gehört zu ihrem Wohlbefinden, Schmuck und bunte Uniformen üben auf sie eine starke Wirkung aus; die geistige Beschäftigung erschöpft sich in der Lektüre ziemlich seichter Liebesromane, in denen es stets zur Vereinigung der Liebenden kommen muß, falls das Buch ihr Freude bereiten soll.

Die jetzt 18 Jahre alte Johanna W., die äußerlich, abgesehen von ihrer Kleidung durchaus den Eindruck erweckt, als sei sie ein männliches Individuum, besitzt demnach im vollen Gegensatz zu

ihrer äußeren männlichen Gestalt eine weibliche Psyche.

Sie ist nach dem Genitalbefunde ein Zwitter, eine sichere Entscheidung des Geschlechtes ist bei ihr nicht möglich, da sich Anhaltspunkte für eine spezifische Funktion ihrer rechten Keimdrüse, die äußerlich mehr den Eindruck eines Hodens macht, bisher nicht feststellen ließ und auch irgendwelche andere Zeichen von geschlechtlicher Erregung nicht bestanden.

Es besteht eine Neigung zum männlichen, eine Abneigung gegenüber dem weiblichen Geschlecht.

Die geschlechtliche Empfindung ist also eine weibliche.

Während Johanna bis zum 13. Lebensjahre einen durchaus weiblichen Eindruck machte, änderte sich ihr Habitus zu dieser Zeit, dem Beginn der Pubertät, der sich für sie auch äußerlich in einer angeblichen „Menstrualblutung" zu erkennen gegeben haben soll, doch wird auch von ihrer Seite die Möglichkeit zugegeben, daß eine Verletzung nach dem Turnen an Geräten (Kniewelle) auftrat.

Die Menstrualblutung ist bisher nie mehr aufgetreten, der Habitus Johannas ist aber ein durchaus männlicher geworden.

Eine Erklärung für diese eigenartigen Erscheinungen bei unserem Falle werden wir heute nach den Steinachschen Arbeiten über die experimentelle Zwitterbildung und die Umstimmung der Homosexualität zu geben versuchen.

Wir können danach annehmen, daß sich etwa rechtzeitig die Funktion der in der großen Labie befindlichen Keimdrüse eingestellt hat, bei der es infolge Fehlens oder von Verbildung der Ausführungsgänge zu einer Verkümmerung des generativen Anteiles gekommen ist.

Der Effekt der Tätigkeit der Pubertätsdrüse ist die Umwandlung des äußeren Habitus Johannas in einen männlichen, aber psychisch bleibt sie doch ein Weib, wenn auch bei ihr einige Züge vorhanden sind, die man als männlich aufzufassen berechtigt ist.

Die Wahrscheinlichkeit ist nun, daß die in Funktion getretene „Pubertätsdrüse" in ihrer Tätigkeit durch irgendwelche äußere Einflüsse gehemmt oder daß in der anderen, nicht der Untersuchung zugänglichen Keimdrüse eine entgegengesetzt wirkende Pubertätsdrüse angelegt ist, welche die Wirkung der rechten Drüse paralysiert hat.

Die Untersuchung der Keimdrüse, die auf

Wunsch des jungen Mädchens entfernt werden soll, weil sie bei Heben und schwerem Arbeiten durch Druck und Zug hier lästige Schmerzen empfindet, wird uns Gelegenheit geben, einmal festzustellen, ob die Keimdrüse eine männliche oder weibliche oder eine gemischte ist und wie sich die Geschlechtscharaktere nach Aufhören der Funktion dieser Drüse weiter entwickeln werden.

Ist unsere Annahme richtig, daß mit der rechten Keimdrüse eine männliche, mit der linken eine weibliche Pubertätsdrüse verbunden ist, dann hätten wir nach Entfernung der rechten Drüse eine Rückbildung der männlichen Charakteristika ihres Habitus zu erwarten.

Die Abderhaldensche Reaktion hat uns keine bestimmten Fingerzeige gegeben.

Wir werden den Fall weiter verfolgen und darüber weiter berichten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. Nr. 23/24. 1918/19.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 23/24. 14. September. **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Zum 25 jährigen Amts-Jubiläum von Herrn Direktor Dr. Wattenberg, Heilanstalt Strecknitz-Lübeck.

Von Dr. **Enge,** Heilanstalt Strecknitz.

Am 1. September d. J. vollenden sich 25 Jahre, seitdem Herr Direktor Dr. Wattenberg als Anstaltsdirektor in Lübeck tätig ist. Von 1893 an war er leitender Arzt der alten Lübecker Irrenanstalt, die in der Vorstadt St. Jürgen in der Wakenitzstraße belegen war, und seit 1912 leitet er die nach seinen Angaben neuerbaute Heilanstalt Strecknitz. Glänzend und vorbildlich hat sich unter seiner sachverständigen Leitung die Entwicklung der Irrenfürsorge in Lübeck gestaltet und es mag als ein Akt der Dankbarkeit angesprochen werden, wenn am heutigen denkwürdigen Tage dieser Entwicklungsgang rückschauend in unserem Geiste betrachtet und in seinen wesentlichsten Zügen hier wiedergegeben wird.

Lübecks alte Irrenanstalt, die 1788 erbaut wurde und bis 1912, also fast 125 Jahre, der Behandlung der Geisteskranken gedient hat, war nicht etwa schon als ein Irrenkrankenhaus, sondern immer noch als ein Irrengefängnis errichtet worden. Daß diese Anstalt mit dem ehrwürdigen Alter den wachsenden hygienischen Anforderungen und den stetigen Fortschritten im Irrenwesen nicht gerecht werden konnte, ist leicht erklärlich. Wohl hatten sich bereits die Amtsvorgänger Direktor Wattenbergs in verdienstvoller Weise bemüht, durch praktische Um- und Anbauten den wachsenden Bedürfnissen Rechnung zu tragen. Trotzdem war Direktor Wattenberg, als er am 1. September 1893 die Leitung der Anstalt übernahm, bald wieder vor neue und große Aufgaben gestellt. Abgesehen von den baulichen Mängeln und der ungünstigen Lage der Anstalt inmitten täglich wachsender städtischer Bebauung war es vor allem die steigende Frequenz der Anstaltsbedürftigen, aus der sich schwer wiegende Schäden für die Irrenfürsorge ableiteten. Der Krankenbestand am 1. Januar 1894 betrug 119, am 1. April 1912, dem Beginn des letzten Verwaltungsjahres in der alten Anstalt, betrug der Krankenbestand 295. So wurden denn bis zum Jahre 1909 fast alljährlich durchgreifende Neu- und Umbauten und Erweiterungen des Anstaltsterrains vorgenommen. Sie sollen hier im einzelnen nicht aufgeführt werden, weil sie nur ein lokales Interesse haben; aber ihre Schilderung würde dem Sachkundigen ein eindringliches Bild davon geben, wie ungeheure Schwierigkeiten in der alten Lübecker Irrenanstalt erwuchsen, um dem stetig zunehmenden Platzbedürfnis gerecht zu werden. Nur der Aufstellung einer größeren Anzahl von Döckerschen Baracken sei hier Erwähnung getan, weil ihre Heranziehung in dem Umfange zur Behandlung Geisteskranker neu war. Sie wurden nach eigenen, den Bedürfnissen entspringenden Entwürfen Direktor Wattenbergs hergestellt, zum Teil mit eigener Zentralheizung und Dauerbadeinrichtungen versehen und dienten sogar als Wachabteilungen für ruhige Kranke. Sie haben sich in der von Direktor Wattenberg gewählten Anordnung und Einrichtung als ein sehr glückliches Provisorium erwiesen, das nicht zum geringsten Teil dazu beigetragen hat, immer wieder Raum für die wachsende

Krankenzahl bereit zu stellen. Und neben dieser dauernden Sorge um Erweiterung und Vergrößerung der Anstalt, um Verbesserung ihrer hygienischen Verhältnisse, ging einher der stetige Ausbau der gesamten inneren Verwaltung und das fortlaufende Bestreben, die Errungenschaften der psychiatrischen Wissenschaft zu verwerten und den sich bewährenden Methoden bei der Behandlung der Geisteskranken nach Möglichkeit Eingang zu schaffen.

Zum besonderen Gedenktage für die Lübecker Irrenfürsorge wurde der 29. Mai 1894, an welchem Tage Direktor Wattenberg die Isolierzellen der Anstalt aufhob. Sie wurden ihrer früheren Bestimmung, Einschließung in die Tobzelle, entzogen und in gewöhnliche Wohn- und Schlafzimmer verwandelt. Seitdem ist in Lübeck kein Geisteskranker mehr isoliert worden. Auch in Schrift und Wort ist Direktor Wattenberg wiederholt für eine grundsätzliche zellenlose Behandlung eingetreten (vgl. diese Wochenschrift II, S. 119, III, S. 260, 278, 302, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 52, Bericht der Versammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Jena 1903 u. a.). Wohl die meisten von denen, die damals ablehnend und abwehrend sich verhielten, isolieren heute längst nicht mehr.

Ermöglicht wurde die Abschaffung der Isolierung durch die Einrichtung von Wachabteilungen und Einführung der Bett- und Dauerbadbehandlung. In den letzten Betriebsjahren der alten Irrenanstalt standen auf jeder Geschlechtsseite drei Wachabteilungen zur Verfügung, eine für ruhige, eine für unruhige und eine für sieche Kranke. Die Bettbehandlung wurde für alle neu eintretenden, zu beobachtenden Fälle, für alle akuten Krankheitsformen, für alle Verschlimmerungen (Erregungszustände) chronischer Krankheitsfälle immer mehr durchgeführt und zu eben diesem Zweck erfolgten stetig Vergrößerungen und Neubauten von Wachabteilungen. Zur Durchführung der Dauerbadbehandlung wurde die Schaffung von geeigneten Badeeinrichtungen von Direktor Wattenberg mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln gefördert. Seit 1902 konnten auch während der ganzen Nacht hindurch Dauerbäder verabreicht werden. Zuletzt waren in der alten Irrenanstalt auf beiden Geschlechtsseiten je drei Dauerbäder mit zehn bzw. elf Wannen für die Verabreichung von Dauerbädern vorhanden, bei einem Krankenbestand von rund 300 und einer Aufnahmeziffer von rund 100. Auch auf anderen Abteilungen als Wachabteilungen wurde für reichliche Badegelegenheit gesorgt.

Von Beginn seiner Tätigkeit an ließ es sich Direktor Wattenberg angelegen sein, den Verbrauch von Schlafmitteln, der bis dahin ein recht hoher war, möglichst herabzudrücken, ohne sich jedoch etwa grundsätzlich dem verschließen zu wollen, daß man sich mit der nötigen Vorsicht und bei Kenntnis der Art ihrer Wirkung mit Vorteil derselben bedienen kann. Für den großen Erfolg seiner dahingehenden Bemühungen dienen die folgenden Zahlen. Während im Kalenderjahre 1893, zu einer Zeit, wo noch isoliert wurde, folgende Mengen von Schlafmitteln zum Verbrauch kamen: bei 43 131 Verpflegungstagen 339 g Chloral; 1056,5 g Paraldehyd; 7904,5 g Sulfonal; 4,08 g Morphium; 25,5 g Extractum Opii; 1335,1 g Tinctura Opii; 0,017 g Hyoscin — ergaben sich für das Jahr 1911 (letztes Vollbetriebsjahr in der alten Irrenanstalt) folgende Zahlen: bei 113 188 Verpflegungstagen 2,5 g Chloral; 15 g Trional; 4,12 g Morphium; 355 g Veronal; 0,157 g Scopolamin; 16 g Amylenhydrat. Im Jahre 1917 war der Verbrauch folgender: bei 106 428 Verpflegungstagen 5,0 g Paraldehyd; 93 g Veronal; 0,029 g Scopolamin; 0,45 g Morphium.

Eine Einrichtung von weittragender, auch sozialer Bedeutung, ist ein möglichst beschleunigtes und freies Aufnahmeverfahren. In Lübeck lagen nach dieser Richtung hin die Verhältnisse folgendermaßen. Nach der alten Ordnung für die Irrenanstalt vom Jahre 1887 konnte die Aufnahme eines Geisteskranken auf Grund eines schriftlichen Zeugnisses des Physikus erfolgen. Schon dieses Aufnahmeverfahren unterschied sich vorteilhaft von denen anderer Staaten, wo die Aufnahme eines Geisteskranken noch an die Beibringung zahlreicher Papiere geknüpft war und erst erfolgen durfte, wenn die Aufforderung dazu von der Landesbehörde oder Anstaltsdirektion ergangen war. Im Jahre 1899 erfolgte auf Anregung Direktor Wattenbergs eine Abänderung in dem Sinne, daß in dringenden Fällen die Aufnahme eines Geisteskranken auch auf Grund eines Dringlichkeitsattestes eines jeden Lübecker Arztes erfolgen durfte, wobei das Physikatsattest nachzuholen war. Im Jahre 1907 wurden auch die Anstaltsärzte ermächtigt, solche Dringlichkeitsatteste auszustellen. Nach der neuen Ordnung für die staatliche Heilanstalt Strecknitz vom 15. Mai 1915 genügt für die Aufnahme eines Geisteskranken das Zeugnis eines einheimischen oder auswärtigen Arztes, das die Aufnahme wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche für notwendig erklärt, das Erfordernis der Dringlichkeit ist fortgefallen. Anstaltsdirektor und sein Stellvertreter können auch Kranke ohne ärztliches Zeugnis aufnehmen, wenn sie selbst die Aufnahme für dringlich halten. Eine Nachuntersuchung durch den Physikus ist für alle Fälle beibehalten. Schließlich sieht die neue Ord-

nung auch die Aufnahme von Nervösen vor, die ihre Aufnahme selbst beantragen können unter Vorlegung einer ärztlichen Bescheinigung über die Zweckmäßigkeit ihrer Aufnahme. Für diese Fälle bedarf es keines nachträglichen Physikatsattestes. So erfreut sich Lübeck dank den Bemühungen Direktor Wattenbergs eines Aufnahmeverfahrens, das modernen psychiatrischen Grundsätzen Rechnung trägt, das jedem Kranken sofortige Aufnahme in Anstaltsbehandlung sichert, wenn er ihrer bedarf.

Auch viele anderweitige Neuerungen und Verbesserungen zugunsten der leidenden Anstaltsinsassen haben in den letzten 25 Jahren unter Direktor Wattenbergs Leitung Eingang gefunden. Auf alle Zwangsmaßregeln wurde grundsätzlich verzichtet und eine möglichst freie Behandlung mit dem Ziele einer individualisierenden Beschäftigung angestrebt. Auch die Gewährung angemessener Zerstreuungen und Vergnügungen wurde in den Behandlungsplan aufgenommen. Von Beurlaubungen der Kranken, namentlich als Probe vor einer in Aussicht genommenen Entlassung, wurde in stetig zunehmendem Umfange Gebrauch gemacht. Auch dem Ausbau der Familienpflege, mit der 1892 der erste Versuch gemacht worden war, widmete Direktor Wattenberg seine Aufmerksamkeit. In örtlichen Verhältnissen liegende Hindernisse haben hier nicht zu dem angestrebten Ziele geführt.

Die wichtigste Wandlung auf dem Gebiete der Verwaltung in den letzten 25 Jahren war die, daß der größere Teil derselben in die Hände des leitenden Arztes selbst überging. Die Vorteile dieses Systems brauchen an dieser Stelle nicht hervorgehoben zu werden. Beamten- und Angestelltenpersonal hat im Laufe der Jahre eine stattliche Vermehrung erfahren, besonders gilt dies von dem Pflegepersonal, das entsprechend dem steten Anstieg der Krankenziffer vergrößert wurde. Es wurde meist ein prozentuales Verhältnis des Pflegepersonals zum Krankenbestande von 1 : 6 erreicht und damit gut ausgekommen. Die soziale und wirtschaftliche Lage des Pflegepersonals waren Gegenstand steter Fürsorge Direktor Wattenbergs. Die Löhne wurden fortlaufend erhöht, durch Kranken- und Unfallversicherung wurde für etwaige Dienstunbrauchbarkeit gesorgt. Mit der Eröffnung der neuen Heilanstalt Strecknitz wurde eine Reihe von Wohnungen für verheiratete Pfleger bereitgestellt und dadurch für diese eine Lebensstellung geschaffen. Ein Stamm zuverlässiger und guter Pfleger war das Resultat dieser sozialen Fürsorge.

Gründliche Veränderungen haben auch die ärztlichen Verhältnisse in den letzten 25 Jahren erfahren. Als Direktor Wattenberg die Leitung der Anstalt übernahm, geschah dies nebenamtlich. Erst 1905 wurde die Stelle des leitenden Arztes in ein festes Amt mit Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung umgewandelt. Heute bestehen außer der Stelle des Direktors noch drei Arztstellen, sämtlich mit Beamteneigenschaft und Anspruch auf Ruhelohn. So sind auch für die Anstaltsärzte dank des unermüdlichen Eintretens Direktor Wattenbergs aus rückständigen Verhältnissen dankenswerte Lebensbedingungen geschaffen worden.

Im Oktober 1912 haben sich die Pforten der alten Irrenanstalt geschlossen. Was in ihr für die Geisteskranken Lübecks geschehen ist, wird nicht vergessen werden. Ihre Räumlichkeiten waren alt und veraltet, aber Direktor Wattenberg hat in ihr den Beweis erbracht, daß es selbst möglich ist, hundert Jahre alte Baulichkeiten einer neuzeitlichen Gesundheitspflege anzupassen. Und in die alten Räumlichkeiten ließ er einen neuen, auf moderne Anschauungen sich stützenden Geist einziehen, der dauernd bestrebt war, den Fortschritten der psychiatrischen Wissenschaft in der Praxis gerecht zu werden.

Und neben all den Bemühungen in den genannten Richtungen lag das Ziel Direktor Wattenbergs von vornherein in dem Verlangen begründet, eine neue Anstalt, entsprechend allen Forderungen der Menschlichkeit und Wissenschaft, errichtet zu sehen. Er ließ sich trotz seiner Erfolge den Blick nicht trüben darüber, daß alle von ihm vorgenommenen Verbesserungen und Veränderungen für die Dauer doch nicht genügen konnten und daß vor allem die Raumverhältnisse für die immer mehr wachsende Krankenzahl sich sehr bald wieder als unzureichend erweisen würden. Und dieser seiner Erkenntnis der Notwendigkeit einer völligen Neuordnung der Irrenfürsorge, seiner dahin einsetzenden Initiative, Tatkraft und Ausdauer verdankt die Heilanstalt Strecknitz ihre Entstehung. Ihre Entstehungs- und Baugeschichte ist lang. Bei aller Anerkennung der Opferwilligkeit und des Verständnisses, das von den gesetzgebenden Körperschaften und der Bevölkerung Lübecks dieser Neuordnung der Irrenfürsorge entgegengebracht wurde, darf doch nicht verschwiegen werden, daß sie manchen harten Kampf und entschiedenes Eintreten gefordert hat. Stellte doch auch das Projekt Direktor Wattenbergs große Forderungen an die finanzielle Kraft des kleinen Staatswesens. Schließlich hat aber doch die große Forderung eine herrliche Beantwortung gefunden. Nach mühevollen Vorarbeiten wurde durch Rat und Bürgerschaft am 26. Juni 1905 beschlossen, eine neue staatliche Irren-

anstalt als Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke aller Bevölkerungsklassen auf der Gemarkung Strecknitz zu bauen. Im Jahre 1909 erst wurde mit den Tief- und Hochbauten der neuen Anstalt begonnen. Am 24. Oktober 1912 wurde die Heilanstalt Strecknitz mit einer Belegung von 302 Kranken dem Betriebe übergeben. Eine Beschreibung der Anstalt und ihrer Einrichtungen gab Direktor Wattenberg in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift 15. Jahrg. Nr. 47 und 48 und in dem Prachtwerk: Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild Bd. I.

Für Lübeck bildet die Errichtung der Heilanstalt Strecknitz einen Markstein seiner kulturellen Entwicklung. Sie zeugt von einem erhebendem Pflichtgefühl gegen das schwache und kranke Individuum. Die Heilanstalt Strecknitz ist im Laufe der Jahre wiederholt von maßgebender Seite als Musteranstalt anerkant worden.

Lübeck erfreut sich somit eines hohen Standes seiner Irrenfürsorge, sie dankt dies in erster Linie dem tatkräftigen Wirken Direktor Wattenbergs und seiner Meisterschaft in allen Aufgaben, die durch die Eigenart der Behandlung Geisteskranker in Verbindung von Anstalt und Landwirtschaft gegeben sind.

Möge es dem Jubilar vergönnt sein, noch lange Jahre zum Segen der Kranken, zum Nutzen des Staates und zum Wohl seiner Ärzte, Beamten und Angestellten wirken zu können. Groß ist die Zahl derer, die ihm zu Dank verpflichtet sind, seiner heute dankend gedenken und ihm ihre besten Wünsche zu seinem Ehrentage aussprechen.

Mitteilungen.

— **Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie in München.** Die Berliner Stadtverordneten-Versammlung hat am 13. Juni nach dem Antrag des Magistrats 4000 M jährlich zur Besetzung eines Arbeitsplatzes bewilligt. Es sollen jährlich drei Ärzte der Irrenanstalten und der Anstalt für Epileptische, jeder vier Monate in dem Institut tätig sein.

— **Blaschko** stellt in einer kürzlich erschienenen Schrift („Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Berlin", Berlin 1918) fest, daß nach dem Ergebnis der am 30. April 1900 in Preußen vorgenommenen Zählung in Preußen jährlich 773 000 an Geschlechtsleiden erkranken, d. i. je einer von 22 Erwachsenen, daß nach einer Ende 1913 in einer Reihe von deutschen Großstädten vorgenommenen Erhebung damals in Berlin über 20 000 Personen wegen Geschlechtskrankheiten ärztlich behandelt wurden, davon erheblich über 9000 an Syphilis, daß in Berlin etwa 20 v. H. der Männer und 15 v. H. der Frauen im Alter von 15 bis 50 Jahren an Syphilis erkrankt sind, daß diese Krankheit die Sterblichkeit im Alter von 35 bis 50 Jahren um 85 v. H. steigert, also nahezu verdoppelt, daß von den Todesfällen in den Berliner Irrenanstalten rund die Hälfte auf Paralyse zurückzuführen ist, und auf der anderen Seite, daß von 3385 Todesfällen an Paralyse 2923 im Irrenhause eintraten. Er teilt weiter mit, daß in Hamburg jährlich 15 607 Tripppererkrankungen bei Männern, 3413 bei Frauen, 3931 Syphiliserkrankungen bei Männern und 1907 bei Frauen vorkommen.

— Der Grundbesitz der **Brandenburgischen Landesirrenanstalt** zu Landsberg a. W. ist durch Hinzuerwerb einer Ackerwirtschaft von 304 Morgen Größe erheblich erweitert worden.

Buchbesprechungen.

— Hauptmann: Über Epilepsie im Lichte der Kriegserfahrungen. Berlin 1917, J. Springer.

Verfasser gibt die Erfahrungen wieder, die er als leitender Arzt einer Beobachtungsabteilung für nervenkranke Soldaten gesammelt hat. Eingehend wird die Abgrenzung gegen Hysterie aufs neue geprüft. Den hysterischen Anfall nennt Verfasser den „psychogenen", der den epileptischen auf das genaueste, selbst mit Pupillenstarre, Zungenbiß und unwillkürlicher Stuhl- und Urinentleerung, vorzutäuschen vermag, nur ist seine Abhängigkeit von äußeren Momenten stets nachweisbar, die beim epileptischen fehlen. „Einzig das Vorhandensein des positiven Babinskischen Phänomens darf als Beweis für Epilepsie angesehen werden, ist aber bei weitem nicht in allen Fällen nachweisbar." Im epileptischen Charakter begründet liegt die „Kriegsfreudigkeit". Dienstbeschädigung liegt nur dann vor, wenn ausgeschlossen werden kann, daß das Entstehen einer Epilepsie nicht zufällig mit den kriegerischen Ereignissen zusammengefallen ist oder daß es sich bei Verschlimmerung nicht um eine im Charakter der Erkrankung liegende Erscheinung gehandelt hat. Wern. H. Becker, Herborn.

Wirtschaftliches.

Die Landwirtschaft in den Krankenanstalten und Genesungsheimen.

Von Sanitätsrat Dr. Bresler, Lüben i. Schlesien.

Unter den Krankenanstalten, welche Acker- und Gartenbau, Viehzucht und landwirtschaftliche Nebenzweige in ihren Betrieb aufgenommen haben, waren die Irrenanstalten die ersten. Hier hatte man schon lange den

Nutzen der körperlichen Arbeit im Freien für Ablenkung und Zerstreuung als Heilmittel verwendet. Darüber findet man gerade in den zwanzig Jahrgängen dieser Zeitschrift zahlreiche Mitteilungen, ebenso in dem illustrierten Werke: Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke, 2 Bände, 1910 und 1912, und Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke, I. Bd. 1913, II. Bd. 1. Heft 1915, Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Darum gibt es heute in allen Ländern Irrenanstalten mit 1000 und mehr Morgen Ackerland (Altscherbitz 304 ha, Allenberg 116,7 ha, Brieg 111 ha, Greifenberg 150 ha, Großschweidnitz 160 ha, Homburg 350 ha), entsprechender Viehzucht, Forstwirtschaft, Gärtnerei und je nach den örtlichen Verhältnissen die verschiedensten Sonderbetriebe, die im Zusammenhang mit der Landwirtschaft vorkommen. Jede solche Anstalt hat ihren eigenen landwirtschaftlich ausgebildeten Beamten oder zwei, manchen steht noch ein von der Zentralbehörde eingesetzter bewährter Berater aus dem Kreise der Großgrundbesitzer zur Seite. Der ärztliche Leiter und die übrigen Ärzte der Anstalten haben durch die naturwissenschaftliche Vorbildung soviel Vorkenntnisse, um sich bald das nötige Verständnis für Landwirtschaftliches anzueignen, und mancher unter ihnen hat es im Laufe der Jahre durch Theorie und Praxis zum tüchtigen Landwirt gebracht.

Aber auch unter den kleinen Anstalten, auch den privaten, gibt es heute kaum eine, in deren Rahmen nicht ein landwirtschaftlicher Betrieb Raum gefunden hätte.

In den Jahresberichten fast aller Anstalten ist der Bericht über den landwirtschaftlichen Betrieb ein besonderes, mit Liebe behandeltes Kapitel geworden und es findet sich darin manches Lehrreiche.

Zur Irren- und Nervenheilanstalt gehört so notwendig eine Landwirtschaft, daß es ganz verfehlt wäre, eine Anstalt innerhalb des Stadtgebiets anzulegen.

Der größte Teil der *allgemeinen Krankenanstalten* befindet sich leider noch auf Stadtgebiet. Es ist höchste Zeit, daß es verboten wird, Krankenhäuser und Kliniken, auch private, in Städten oder dicht daran zu bauen. Denn in diesen Krankenhäusern ist man seit vielen Jahren ebenfalls zu der Überzeugung gekommen, daß Arbeit im Freien auch für die verschiedensten *körperlichen* Leiden Heilmittel und Jungbrunnen ist.

Es genügt, wenn große Städte, wo Entfernungen mitsprechen, einige Krankenhäuser für dringliche Fälle im eigentlichen Stadtbereich haben.

Dann werden sich auch die zum Teil lächerlich hohen Ausgaben für Krankenhäuser verringern, die manche Kommunen aufgewendet haben, und dadurch, daß die Krankenhäuser einen möglichst großen Teil der Verpflegung in eigener Landwirtschaft erzeugen können, verbilligen sie ihre Betriebskosten und machen sich von Preistreibern und Großwucherern unabhängig.

Es müßte für Erteilung der Bau- und Betriebsbewilligung Bedingung sein, daß Landbesitz und Landwirtschaft in angemessenem Umfang mit der Krankenanstalt verbunden ist.

Wer den Betrieb der heutigen Landwirtschaft kennt, ihre breite wissenschaftliche Grundlage, die Vielseitigkeit, deren sich nur ganz wenige Wissenschaften und Berufe in ebenso reichem Maße rühmen können, wem

es klar ist, welche Bedeutung das Gedeihen der Landwirtschaft für das Volkswohl, die Betätigung in ihr für eine gesunde, natürliche, national verinnerlichende und doch weitschauende Lebensauffassung und -führung hat — viele denken freilich heute noch bei Landwirtschaft nur an ihr „roast beef" und Glas Bier oder an möglichste Ausbeutung des Bodens, um dann mit dem Golde in die Stadt zu ziehen —, der wird nicht bestreiten können, daß es den Krankenhäusern und Genesungsheimen zum Ruhm gereichen muß, wenn sie Landwirtschaft nicht bloß nebenher treiben, um etwas Milch und Butter zu haben, sondern aus höheren und weiteren Gesichtspunkten.

Ein prächtiges Bild von dem Stand der deutschen Landwirtschaft vor dem Kriege gibt das große Jubiläums-Werk: Die deutsche Landwirtschaft unter der Regierung Kaiser Wilhelms II. 1888 bis 1913. Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung (vergriffen!).

Kundmachung.

In der Landesheilanstalt für Geistes- und Gemütskranke in **Maxglan** bei Salzburg kommt eine

Sekundararztensstelle

zur Besetzung. Mit dieser Stelle ist eine vorläufige Jahres-Remuneration von 1600 Kr., freie Wohnung sowie freie Verpflegung nach der I. Kl. und im Erkrankungsfalle auch freie ärztliche Behandlung und Pflege verbunden. Die Stelle wird auf die Dauer von 2 Jahren verliehen und ist nach Ablauf dieser Zeit um die Erneuerung des Dienstverhältnisses einzukommen. Die Kündigungsfrist ist gegenseitig sechswöchentlich. Außerdem wird infolge der durch den Krieg geschaffenen Verhältnisse eine Teuerungszulage von 648 Kr., welche in 12 gleichen Monatsraten mit dem Gehalte zur Auszahlung gelangt, zuerkannt. Während der Kriegszeit übernimmt der Landesausschuß auch die Bezahlung der für die Dienstbezüge entfallenden Steuern und Abgaben.

Gesuche um diese Stelle, belegt mit dem Taufschein und den Nachweisungen der erlangten akademischen Grade, sowie der allenfalls schon geleisteten Dienste bezw. der besonderen Ausbildung in der Psychiatrie sind bis längstens **15. September 1918** beim gefertigten Landesausschusse einzubringen.

Die Kenntnis der deutschen Sprache ist ein Erfordernis für die Anstellung.

Vom Landesausschusse des Herzogtumes Salzburg,
am 21. August 1918.

Der Landeshauptmannsstellvertreter: Dr. Rottensteiner.

Wie das Heer, so hat auch die deutsche Landwirtschaft der Krieg nicht unvorbereitet getroffen und beide werden aus ihm triumphierend hervorgehen.

Wer sich für die Einzelheiten der beruflichen Bestrebungen des Deutschen Landwirtes interessiert, dem empfehle ich das Studium des Jubiläumswerkes: **Fünfundzwanzig Jahre wirtschaftspolitischen Kampfes.** Geschichtliche Darstellung des Bundes der Landwirte. Zum 18. Februar 1918. Im Auftrage des Bundes der Landwirte bearbeitet von O. v. Kiesewetter, Direktor im Bund der Landwirte. Verlegt und herausgegeben vom Bund der Landwirte, Berlin SW, Dessauerstraße 26, 1918. 411 Seiten. Preis 15 M. Es behandelt u. a.: Politische Lage, die zur Gründung des Bundes führte. Kampf um den Zolltarif und die Handelsverträge. Schutz der heimischen Viehzucht. Innere Kolonisation und Landarbeiterfrage. Hansabund und Bauernbund. Der Bund in der Kriegszeit. Aus dem Innenleben des Bundes. Landwirtschaft und Industrie. Mit Recht und Stolz kann der Verf. im Vorwort sagen, daß durch den Bund die Landwirte wieder das Bewußtsein zurückgewonnen haben, nicht Stiefkind, sondern gleichberechtigtes und sogar erstgeborenes Kind der Mutter Germania zu sein. Möchten sich auch aus den Kreisen der Krankenhausärzte und -beamten recht viele diesem Bunde anschließen.

Personalnachrichten.

— **Halle a. S.** Dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton wurde das Herzogl. Anhaltische Friedrich-Kreuz am grün-weißen Bande verliehen.

— **Lüben** i. Schles. Dem Oberarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt, San.-Rat Dr. Bresler, Oberstabsarzt d. L., zurzeit Chefarzt eines Feldlazaretts, wurde das Eiserne Kreuz I. Klasse verliehen.

— **Eglfing.** Der Oberarzt Dr. Friedrich Probst wurde ab 1. Juni auf die Dauer eines Jahres in den zeitlichen Ruhestand versetzt. Dem Anstaltsarzt Dr. Jos. Schapfl wurde der Bayerische Militär-Verdienstorden IV. Klasse verliehen.

— **Frankfurt a. M.** Für das Fach der Psychiatrie habilitierte sich in Frankfurt a. M. Dr. med. Franz Janel, Assistent der psychiatrischen Klinik, mit einer Antrittsvorlesung über das Thema: „Die pathologische Anatomie als Mittel zur Erforschung der geistigen Erkrankungen."

— **Pforzheim,** Baden. Dem Anstaltsarzt Dr. Franz Weisenhorn, Oberarzt d. L., wurde das Eiserne Kreuz I. Klasse verliehen.

— **Mauer-Oehling.** Reg.-Rat Dir. Dr. Starlinger ist in den Ruhestand getreten. Zum Nachfolger ernannt wurde Dr. M. Burkhardt, Primararzt an der Niederösterreichischen Landesheilanstalt Am Steinhof; Dr. Burkhardts Nachfolger wurde Dr. Holub.

Die Zeitschrift für Kranken- und Humanitätsanstalten 1918 Nr. 13-14 widmete anläßlich seines Übertritts in den Ruhestand den Verdiensten Reg.-Rat Starlingers um Entwicklung, Ausbau und Einrichtung der Anstalt Mauer-Oehling längere Ausführungen der Anerkennung und des Dankes.

Geschäftliches.

Berichtigung.

In Nr. 17/18 Seite 110 rechte Spalte Zeile 12 von unten muß es statt: nicht möglich, heißen: möglich.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. Nr. 25. 1918/19.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 25. 21. September. **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

(Aus der Fürstlich Lippischen Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus bei Lemgo, Direktor: Medizinalrat Dr. Alter.)

Die Technik der intravenösen Injektion.

Von Dr. **Erich Friedlaender,** Abteilungsarzt der Anstalt.

Die intravenöse Darreichung von Medikamenten hat im Lauf der letzten Jahre im Rahmen unserer therapeutischen Bestrebungen einen ständig wachsenden Raum eingenommen: besonders ist es die Salvarsanbehandlung, die seit der durch den Weltkrieg bedingten Vermehrung der Geschlechtskrankheiten eine immer größere Bedeutung und auch in den psychiatrischen Kliniken und Irrenanstalten immer weiteren Boden gewinnt, je mehr sich die Erkenntnis Bahn bricht, daß die paralytischen und die übrigen syphilogenen Geisteskrankheiten durch eine energische spezifische Behandlung außerordentlich günstig beeinflußt werden können.

Unter diesen Umständen ist die Tatsache besonders auffällig, daß bei all den zahlreichen Veröffentlichungen über Salvarsanbehandlung die technischen Schwierigkeiten kaum je mit einem Wort erwähnt werden; das gleiche trifft, soweit ich die Literatur übersehen kann, auch für alle übrigen zur intravenösen Anwendung empfohlenen Medikamente zu: es gewinnt fast den Anschein, als ob sämtliche Autoren die Technik der intravenösen Injektion, ganz gleich, ob kleine oder große Mengen Flüssigkeit eingespritzt werden sollen, ob es sich um eine einmalige Einspritzung oder um ganze Serien handelt, für etwas stets mit der größten Selbstverständlichkeit und Leichtigkeit Ausführbares halten. Tatsächlich ist aber das gerade Gegenteil der Fall! In vielen Fällen, bei Kranken mit gut ausgebildeten Venen, kann der Eingriff allerdings technisch äußerst einfach sein, besonders wenn es sich um eine einmalige Einspritzung nicht zu großer Mengen handelt — in mindestens ebenso viel Fällen bietet er aber sehr erhebliche Schwierigkeiten, die zuweilen selbst für den geübten Spezialisten auf diesem Gebiet unüberwindlich werden können! Diese Tatsache muß einmal deutlich und offen ausgesprochen werden, da ein öffentlicher Meinungsaustausch am ehesten Vorschläge zu brauchbaren Verbesserungen der Technik zu zeitigen imstande ist — und das ist dringend erwünscht, da doch diese rein technische Frage, die bisher in fast allen einschlägigen Veröffentlichungen, soweit ich sie zurzeit übersehen kann, mit vollkommenem Stillschweigen übergangen wurde, die unerläßliche Grundlage für das Gelingen hochwichtiger, oft entscheidender therapeutischer Maßnahmen bedeutet. Abgesehen von der Salvarsanbehandlung, will ich nur die lebensrettende Bedeutung erwähnen, die unter Umständen eine intravenöse Strophantineinspritzung, eine intravenöse Kochsalzinfusion oder bei akuter Überfüllung des kleinen Kreislaufs eine Venenpunktion haben kann! Es würde zu weit führen, wollte ich alle Einzelheiten der normalen, unter günstigen Umständen verlaufenden intravenösen Injektion schildern — sie müssen als bekannt vorausgesetzt werden, ich will lediglich die besonderen, häufig sich einstellenden Schwierigkeiten in den Rahmen meiner Betrachtung ziehen.

Die selbstverständliche Vorbedingung eines guten Gelingens der Injektion ist peinlichste Sauberkeit und Genauigkeit des Instrumentars, sowie vollkommene Zuverlässigkeit des Assistierenden beim Stauen. Die geringste Rauhigkeit in

der Kanüle kann zu ihrer Verstopfung durch einen Thrombus führen, ein etwas ungleichmäßiges oder zu schweres Gleiten des Spritzenstempels kann die Kanüle aus dem Venenlumen herausgleiten lassen und so die ganze Injektion vereiteln oder zum mindesten zu unangenehmen Nekrosen führen und einen nochmaligen Versuch an einer anderen Vene nötig machen. Als die geeignetsten und zuverlässigsten Spritzen haben sich mir stets trocken sterilisierte Rekordspritzen bewährt. Die Kanüle muß scharf und an der Spitze möglichst kurz abgeschliffen sein, da es sonst bei dünnen Venen häufig vorkommt, daß sich nur ein Teil des Kanülenlumens im Venenlumen befindet und ein Teil der zu injizierenden Flüssigkeit neben die Vene läuft. Unerläßlich ist es, daß die Kanüle, nachdem man sich durch Ansaugen von Blut überzeugt hat, daß sie sich tatsächlich im Venenlumen befindet, während der ganzen Dauer der Injektion fest in derselben Lage gehalten wird. Das ist besonders bei der Injektion von Mengen von 5 ccm und darüber, da man nie zu rasch spritzen soll, oft nicht ganz leicht und kann, wie die ganze intravenöse Technik, nur durch große Übung sicher erlernt werden. Es ist darum unbedingt notwendig, daß der Arm des Patienten auf einer sicheren Unterlage in einer für den davor sitzenden Arzt bequem erreichbaren Stellung festgelegt ist. Ich muß aus eigener Erfahrung dringend davor warnen, daß man sich durch anscheinend günstige Verhältnisse dazu verleiten läßt, ohne Unterlage und im Stehen zu spritzen! Man ist dann nie in der Lage, die Kanüle mit vollkommener Sicherheit zu halten und die geringste nie vorherzusehende Unruhe des Kranken kann trotz bester Venen zu einem Mißerfolge führen.

Die Tätigkeit des Stauens erfordert ein weit größeres Maß von Umsicht, als es vielleicht den Anschein hat, durch ungeschicktes Stauen werden viel mehr unangenehme Zufälle herbeigeführt, als man im allgemeinen anzunehmen geneigt ist! Es ist unbedingt erforderlich, daß die Staubinde schon im ersten Augenblick des Spritzens nachgelassen wird, da sonst der gestaute Blutstrom der eingespritzten Flüssigkeit einen zu großen Widerstand entgegensetzt und es durch den starken auf die Gefäßwandungen ausgeübten Druck leicht zu einer Zerreißung der Vene kommen kann; es kann auch, wie ich mehrfach beobachtet habe, wenn die Gefäßwand nicht zerstört wird, in solchen Fällen zu ausgedehnten, oft über den ganzen Oberarm sich erstreckenden Thrombosen und phlebitischen Erscheinungen kommen, die, wenigstens in den von mir beobachteten Fällen, zwar stets gutartig — sie gingen unter Hochlagerung und Packungen mit essigsaurer Tonerde stets nach wenigen Tagen restlos zurück! — aber doch für den Kranken recht unangenehm sind. Es ist nach meinen Erfahrungen vollkommen verfehlt, wenn der Arzt dem Stauenden durch ein Kommando oder einen Zuruf das Zeichen zum Nachlassen der Stauung gibt: der Stauende wird, wie ich häufig beobachten konnte, dann stets reflektorisch noch einmal kurz anziehen, ehe er nachläßt, und dieser Augenblick genügt, wenn der Arzt sofort mit dem Einspritzen beginnt, in den meisten Fällen, um eine von den eben geschilderten üblen Folgen herbeizuführen. Der Stauende muß eben in überlegter und einsichtiger Weise selbst darauf achten, ob der Arzt durch das Ansaugen von Blut festgestellt hat, daß die Kanüle sich richtig im Venenlumen befindet, und dann sofort, ohne eine Aufforderung abzuwarten, die Stauung allmählich, nicht ruckweise, nachlassen, damit die Kanüle nicht im letzten Augenblick wieder aus der Vene herausgleitet, oder sie gar, was bei sehr heftigem, plötzlichem Nachlassen der Stauung auch nicht selten vorkommt, durchstößt!

Es ist ohne weiteres klar, daß ein derartiges Zusammenarbeiten nur mit einem dem ganzen Vorgang verständnisvoll gegenüberstehenden und eine gewisse Übung besitzenden Helfer möglich ist — die intravenöse Injektion ist eben, abgesehen von einigen besonders günstig liegenden Fällen, tatsächlich kein so einfacher und aus dem Handgelenk zu machender Eingriff; sie erfordert nicht nur eine große Übung, sondern auch von dem Geübten in jedem einzelnen Falle peinlichste Aufmerksamkeit und Genauigkeit von Beginn der Vorbereitung bis zur Beendigung der Einspritzung, wenn nicht unangenehme Zwischenfälle den Erfolg der Einspritzung beeinträchtigen oder ganz in Frage stellen sollen! Drei Faktoren sind es, die außer den eben geschilderten Möglichkeiten geeignet sind, der Technik Schwierigkeiten zu bereiten: die Beschaffenheit der Venen, die Beschaffenheit und die Menge der einzuspritzenden Flüssigkeit. Eine bestimmte Dicke der Ellenbeugervene ist unbedingt erforderlich, wenn es gelingen soll, eine Flüssigkeit in sie hineinzuspritzen, und es ist auffallend und bedauerlich, wie viele Kranke dieser Mindestforderung mit ihren Venen nicht nachkommen! In vielen Fällen, in denen scheinbar keine einzige brauchbare Vene vorhanden ist, wird man allerdings, wie ich mich häufig überzeugen konnte, doch noch zum Ziel gelangen, wenn man sich genügend Zeit nimmt und die ganze Ellenbeuge vorsichtig und systematisch mit der Kanüle abtastet; gelingt es dann schließlich in solchen schwierigen Fällen, in eine kleine Vene mit der Kanüle hineinzugelangen, so muß mit der größten

Zeichne!

Auf Grund der umstehend abgedruckten

Mark

5% Deutsche Reichsanleihe Stücke

(Neunte Kriegsanleihe)

zum Preise von 98,- Mark für 100 Mark Nennwert mit Verrechnung

zu deren Abnahme.

30%
20%
25%
25%

Vorname Familienname
und Stand bei Frauen
außerdem Geburtsname

1918

Wohnung

Vorsicht unter möglichst geringem und gleichmäßigem Druck gespritzt werden. — Dieses Verfahren stellt zwar große Ansprüche an die Geduld des Arztes und besonders des Kranken, es gelingt aber meist, auch bei empfindlichen Kranken, zum Ziele zu gelangen, wenn man sie in ruhiger und überzeugender Weise auf die Schwierigkeit und Wichtigkeit der Behandlung hinweist.

Aber auch gut ausgebildete Venen von erheblichem Umfange können unter Umständen Schwierigkeiten bereiten, die weit unangenehmer sind, als die der kleinen Venen: ich habe es gar nicht so selten erlebt, daß derartige starke Venen eine äußerst gebrechliche Wand besitzen, die schon beim Einstich der dünnsten Kanüle in größerem Umfange zerstört wird, so daß sich an der Stichstelle sofort ein größeres Hämatom bildet, wodurch die betroffene Vene für die Einspritzung unwiderruflich verloren ist. Diese Neigung zur Hämatombildung kann in vielen Fällen jedes intravenöse Arbeiten fast zur Unmöglichkeit machen, und diese Möglichkeit hat mich auch stets veranlaßt, an jede intravenöse Injektion nur unter Anwendung aller Vorsichtsmaßregeln und mit dem größten Mißtrauen heranzutreten, da man vor dieser Schwierigkeit auch bei den scheinbar besten Venen nie sicher ist. In einzelnen Fällen ist es mir gelungen, das Medikament in das Hämatom hineinzuspritzen und durch einen sofort angelegten Kompressionsverband von dort aus zur Resorption zu bringen — das ist aber lediglich bei nicht ausgesprochen nekrotisierend wirkenden Medikamenten wie z B. Digalen und Hetol möglich — bei Collargol, Salizyl und den Salvarsanpräparaten muß vor diesem Verfahren dringend gewarnt werden, da höchst unangenehme und langwierige Nekrosen stets die unausbleibliche Folge sind. Es bleibt in solchen Fällen dann leider häufig nichts anderes übrig, als zur intramuskulären Injektion überzugehen.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Im Rechenschaftsbericht über die Zürcherische kantonale Heilanstalt Burghölzli** für das Jahr 1917 (Direktor Dr. Bleuler) ist zu lesen: Zehn Fälle wurden uns von den Gerichts- oder Militärbehörden überwiesen; es handelte sich dabei bei allen um Grenzfälle von Psychopathie, die aber nicht geisteskrank im Sinne der betreffenden Gesetze sind; die Hälfte davon waren ausgesprochene Simulanten, einige sogar recht raffinierte.

— **Eine zweite Krieger- und Volksnervenheilanstalt für Deutschböhmen.** In Landskron hat sich nach sorgfältiger Vorbereitung ein Deutscher Hilfsverein für Nervenkranke in Ostböhmen gebildet, dessen kürzlich erfolgte Gründung einen vielverheißenden Anfang bedeutet. Er will für unsere zahlreichen nervenbeschädigten Krieger eine große, wohlausgerüstete Heilungsstätte schaffen, die späterhin als Volksnervenheilanstalt weitergeführt werden kann. Der blutige Völkerkrieg ist ja längst als ein Krieg der Nerven bezeichnet worden. Die Erkenntnis, daß gerade für unsere nervenerkrankten Krieger ausreichende Gesundungsstätten geschaffen werden müssen, ist in unserem Volke in weiten Schichten verbreitet. Aber auch die kommende Friedensarbeit wird uns, die wir ein Volk der Arbeit sind, solche Stätten erwünscht sein lassen. So hatten ja die Bestrebungen, die zur Erwerbung der altbekannten Heilanstalt Frankenstein führten, einen überaus raschen und großen Erfolg. Eine einzige Anstalt reicht aber selbstverständlich für ganz Deutschböhmen bei weitem nicht aus. Es ist den Professoren der Prager Universität Dr. O. Piffl und Dr. A. Margulies (Professor der Nervenheilkunde) zu danken, daß sie die besondere Eignung der Landskroner Gegend erkannt haben, die in der schönen Stadtwaldanlage einen prächtigen Ansatz bietet. Die gesamte Bürgerschaft der deutschen Sprachinselstadt nimmt sich unter Führung des Bürgermeisters Neugebauer dieses Planes mit außerordentlichem Eifer an. In Sr. Durchlaucht dem reg. Fürsten Johann von und zu Liechtenstein und Sr. Eminenz Dr. Friedrich G. Kardinal Piffl, Fürsterzbischof von Wien, sind dem Verein zwei hervorragende Gönner erstanden. Schon auf der gründenden Versammlung waren Zuwendungen in der Höhe von 80 000 Kr. gesichert. (Zeitschr. f. Kranken- und Humanitätsanstalten 1918 Nr. 9-10.)

Buchbesprechungen.

— Hinrichsen, Priv.-Doz. Dr. Otto: Die Kriegspsychose bei den kämpfenden Völkern. 48 S. Basel 1917, E. Finckh Verlag.

Verf. sagt mit Recht: Auch was sich die Menschheit aus ihrem Streben, ihrer innersten und in gewissen Grenzen unabänderbaren Natur, aus der Tatsache ihrer Zusammengesetztheit aus verschiedenen Nationen, ihres Aufbaues aus verschiedenen sozialen Schichten usw. als Krieg oder soziale Erschütterungen zusammenbraut, ist allerletzten Endes genau so naturhaft (z. B. wie Katastrophen in der anorganischen Welt), wenn wir auch in bezug auf ein Erdbeben klar einsehen, daß wir machtlos sind, in bezug auf diese anderen Geschehnisse aber stets geneigt sind, zu meinen, wir hätten das dabei Mitspielende schon in der Hand oder wir könnten es doch in voll zureichender Weise einmal in die Hand bekommen.

Eine lesenswerte Abhandlung. B.

— Dessoir, Max: Vom Jenseits der Seele. Zweite Auflage. Stuttgart 1918, F. Enke.

Das Buch, das innerhalb Jahresfrist bereits die zweite

Auflage erlebt, führt den Untertitel „Die Geheimwissenschaften in kritischer Betrachtung". Verfasser stellt einen logischen und ethischen Idealismus auf, der in all die lediglich auf Glauben beruhenden Anschauungen reinigend eingreift und das subjektive Seelenjenseits als ein Unterbewußtsein der eigenen Seele durch psychologische Zergliederung nachweist. Ein ausführliches Sach- und Autorenregister macht das Buch zu einem wertvollen Nachschlagewerk. Auch die moderne Psychiatrie kommt öfter zu Worte und wird mit zu Hilfe genommen bei Aufdeckung von endemischen Irrlehren. Insbesondere wird der Hellseherei und dem Spiritismus scharf zu Leibe gegangen. Aber auch sonst wird, was an Mystik in der Literatur existiert oder im Volk weiterlebt, dem Urteil des abgeklärten Naturforschers unterworfen; nur unsere Religion bleibt wohltuenderweise unberührt.

Wern. H. Becker, Herborn.

Personalnachrichten.

— **Lübeck.** Der Senat hat dem Direktor der Heilanstalt Strecknitz, Dr. med. O. Wattenberg, anläßlich seines am 1. September stattgehabten 25jährigen Amtsjubiläums den Titel Professor verliehen.

— Unter den Irrenärzten der **Brandenburgischen Provinzialverwaltung** sind seit dem 1. August 1917 folgende Veränderungen eingetreten:

Den Brandenburgischen Provinzialdienst haben verlassen: die Oberärzte Dr. med. Hagemeister von der Landesirrenanstalt Neuruppin am 1. Juli 1918, Dr. med. Fehsenfeld von der Landesirrenanstalt Neuruppin am 1. August 1918; die Anstaltsärzte Dr. med. Henning von der Landesirrenanstalt Neuruppin am 31. März 1918, Dr. med. Knape von der Landesirrenanstalt Teupitz am 1. Februar 1918, Dr. med. Michaelis von der Landesirrenanstalt Görden am 1. Juli 1918.

Der Oberarzt Dr. med. Schöngarth von der Landesirrenanstalt Sorau ist am 18. Mai 1918 gestorben.

Auf dem Felde der Ehre ist am 6. Dezember 1917 der Oberarzt an der Landesirrenanstalt Eberswalde Dr. med. Otto Schulze gefallen.

Befördert wurde zum Oberarzt der Arzt Dr. med. Dreibholz, Landesirrenanstalt Teupitz am 1. Januar 1918.

Versetzt wurden: der I. Oberarzt Dr. med. Baumann von der Landesirrenanstalt Teupitz an die Lan-

desirrenanstalt Landsberg a. W. am 1. April 1918; die Oberärzte Dr. med. Walter Schulze von der Brandenburgischen Provinzialanstalt für Epileptische Potsdam an die Landesirrenanstalt Görden am 1. Juli 1918, Dr. med. von Leupoldt von der Landesirrenanstalt Teupitz an die Landesirrenanstalt Görden am 1. Juli 1917, Dr. med. Großmann von der Landesirrenanstalt Teupitz an die Landesirrenanstalt Görden am 1. Dezember 1917; die Anstaltsärzte Dr. med. Hellwig von der Landesirrenanstalt Sorau an die Landesirrenanstalt Teupitz am 1. April 1918, Dr. med. Vollrath von der Landesirrenanstalt Sorau an die Landesirrenanstalt Teupitz am 1. Januar 1918.

Mit dem Eisernen Kreuz I. Klasse wurde ausgezeichnet der Assistenzarzt der Brandenburgischen Provinzialanstalt für Epileptische Potsdam, Hoffmann.

Ferner wurde die Rote Kreuz-Medaille III. Klasse verliehen: den Direktoren Sanitätsrat Dr. Marthen an der Landesirrenanstalt Landsberg a. W., Sanitätsrat Dr. Wörnlein an der Landesirrenanstalt Teupitz; den I. Oberärzten Sanitätsrat Dr. Schmitz an der Landesirrenanstalt Sorau, Sanitätsrat Dr. Gallus an der Provinzialanstalt für Epileptische Potsdam, Sanitätsrat Dr. Roesen an der Landesirrenanstalt Görden, Dr. Hoffmann an der Landesirrenanstalt Eberswalde, Dr. Spliedt an der Landesirrenanstalt Görden, Dr. Noack an der Landesirrenanstalt Teupitz; den Oberärzten Dr. Försterling an der Landesirrenanstalt Landsberg a. W., Dr. Brandt an der Landesirrenanstalt Sorau, Dr. Treiber an der Landesirrenanstalt Görden, Dr. Deffge an der Landesirrenanstalt Eberswalde; den Anstaltsärzten Dr. Mohr an der Landesirrenanstalt Eberswalde, Dr. Vollrath an der Landesirrenanstalt Teupitz, Dr. Bäcker an der Landesirrenanstalt Görden.

Das Preußische Verdienstkreuz für Krieshilfe erhielten: der Direktor Dr. Marthen an der Landesirrenanstalt Landsberg a. W.; die I. Oberärzte Sanitätsrat Dr. Gallus an der Provinzialanstalt für Epileptische Potsdam, Sanitätsrat Dr. Richstein an der Landesirrenanstalt Neuruppin, Dr. Ahrens an der Landesirrenanstalt Teupitz, Dr. Tille an der Landarmen- und Siechenanstalt Wittstock a. D.; die Oberärzte Dr. Jeß und Dr. Riemann an der Landesirrenanstalt Eberswalde, Dr. Försterling an der Landesirrenanstalt Landsberg a. W.

— **Wien.** Am 1. Juli d. J. ist in Wien der n.-ö. Landesausschußbeisitzer Hermann Bielohlawek nach kurzem Leiden verschieden. Er war eine der markantesten und populärsten Gestalten im öffentlichen Leben Niederösterreichs, dessen Arbeitskraft und Schaffensfreude allseits anerkannt und geschätzt wurde. Als Referent für Wohlfahrtsangelegenheiten des niederösterreichischen Landesausschusses unterstanden seiner Fürsorge sämtliche Humanitätsanstalten des Landes Niederösterreich mit nicht weniger als 20000 Personen, Kinder, Kranke, Irre, Sieche und das entsprechende Pflegepersonal. Seine größten Schöpfungen, welche mustergültig für ganz Europa wurden, waren die Neugestaltung der Findlingspflege, der Bau des n.-ö. Zentralkinderheimes und die Einführung der Berufsvormundschaft. Viele Psychiater

haben den ausgezeichneten und verdienstvollen Mann auf den internationalen Kongressen für Irrenpflege kennen und hoch schätzen gelernt und werden ihm ein treues und ehrendes Andenken bewahren.

Am 22. Juli d. J. starb in Wien Regierungsrat Dr. Theophil Bogdan, Direktor d. R. der niederösterreichischen Landesirrenanstalt in Gugging.

— Von **Neberts Kriegs-Frontenkarte** ist Nr. 31, Ende September, erschienen in Louis Neberts Verlag in Halle. Preis 1,— M.

— Die Anstalt **Colditz** besitzt eine Tonbüste ihres ersten Direktors Dr. Hayner, Verfassers der Schrift „Aufforderung an Regierungen, Obrigkeiten und Vorsteher der Irrenhäuser zur Abstellung einiger schwerer Gebrechen in der Behandlung der Irren", der damit als eifriger Verfechter einer menschlichen und freieren Behandlung der Geisteskranken hervorgetreten ist. Da sich eine Gelegenheit bietet, diese Büste (von ca. 25 cm Größe) in Ton nachzubilden, wobei eine größere Anzahl Abgüsse angefertigt werden kann, so kann der Unterzeichnete Bestellungen entgegennehmen. Die Kosten werden voraussichtlich nicht hoch werden und verringern sich mit der Zahl der Bestellungen. Die Büste ist sehr fein gearbeitet und so werden die Nachbildungen annehmbar auch gut ausfallen.

Ob.-Med.-Rat Direktor Dr. Dehio, Colditz.

Aufruf!

„Es wird das Jahr stark und scharf hergehn. Aber man muß die Ohren steif halten, und Jeder, der Ehre und Liebe fürs Vaterland hat, muß alles daran setzen." Dieses Wort Friedrich des Großen müssen wir uns mehr denn je vor Augen halten. Ernst und schwer ist die Zeit, aber weiterkämpfen und wirken müssen wir mit allen Kräften bis zum ehrenvollen Ende. Mit voller Wucht stürmen die Feinde immer auf's neue gegen unsere Front an, doch stets ohne die gewollten Erfolge. Angesichts des unübertrefflichen Heldentums draußen sind aber der Daheimgebliebenen Kriegsleiden und Entbehrungen gering. An alles dies müssen wir denken, wenn jetzt das Vaterland zur 9. Kriegsanleihe ruft. Es geht ums Ganze, um Heimat und Herd, um Sein oder Nichtsein unseres Vaterlandes. Daher muß jeder

Kiegsanleihe zeichnen!

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. Nr. 26. 1918/19.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).
Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 26. 28. September. **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

(Aus der Fürstlich Lippischen Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus bei Lemgo,
Direktor: Medizinalrat Dr. Alter.)

Die Technik der intravenösen Injektion.

Von Dr. **Erich Friedlaender,** Abteilungsarzt der Anstalt.

(Schluß.)

Von den verschiedenen Medikamenten bieten die Digitalis- und Quecksilberpräparate, sowie das Hetol, die geringsten Schwierigkeiten, weil sie meist nur in Mengen von 1 bis 2 ccm eingespritzt werden und wenn sie unter die Haut gelangen, zwar nicht so energisch wirken, wie bei der intravenösen Anwendung, aber doch keine unangenehmen Folgen haben. Dagegen begegnet die intravenöse Anwendung dreier außerordentlich wichtiger, für die Therapie kaum entbehrlicher Medikamente leider häufig den größten technischen Schwierigkeiten: diese Medikamente sind das Salizyl, das Collargol und die Salvarsanpräparate. Diese Tatsache ist um so bedauerlicher, da eine therapeutisch brauchbare Wirkung dieser Medikamente mit ihrer intravenösen Anwendung steht und fällt! Die therapeutische Wirkung der intramuskulären Einspritzung der Salvarsanpräparate und des Collargols ist nach meinen Erfahrungen stets eine höchst fragwürdige, sie ist zudem meist von recht unangenehmen Infiltraten begleitet; die intramuskuläre Anwendung konzentrierter Salizyllösungen — und nur solche kommen für eine wirksame Therapie in Betracht — ist überhaupt ausgeschlossen, da sie zu schweren, sich weit ausdehnenden und sehr langsam heilenden Nekrosen führt. — Die Anzeige und Anwendung dieser Medikamente zu erörtern, würde nicht in den Rahmen dieser lediglich die technische Seite behandelnden Ausführungen fallen; es sei nur erwähnt, daß nach unseren umfangreichen Erfahrungen, die intravenöse Anwendung des Collargols und des Salizyls bei der wirksamen Bekämpfung aller fieberhaften bzw. rheumatischen Zustände tatsächlich beherrschende, kaum entbehrliche Methoden darstellt, so daß es gerechtfertigt erscheint, auf die Beseitigung der ihrer intravenösen Einspritzung zurzeit noch entgegenstehenden Schwierigkeiten den allergrößten Wert zu legen, um ihrer Anwendung eine möglichst allgemeine Verbreitung zu sichern. Sowohl beim Collargol, als auch beim Salizyl ist es lediglich die Menge der einzuspritzenden Flüssigkeit, die der Technik erhebliche Schwierigkeiten bereitet. Bei Anwendung der größtmöglichen Konzentration — sie beträgt nach unseren Erfahrungen beim Collargol 3 bis 5 v. H., beim Natr. salicyl. 70 bis 75 v. H. — müssen unbedingt Mengen von 10 ccm eingespritzt werden, um die beabsichtigte therapeutische Wirkung zu erreichen, und diese Mengen gegebenfalls häufiger — beim Collargol bis zu zehnmal hintereinander! — intravenös gegeben werden. Wenn auch fast alle Autoren z. B. bei Berichten über die Anwendung des Altsalvarsans von intravenösen Injektionen viel größerer Mengen berichten, ohne mit einem Wort zu erwähnen, wie sie das fertig gebracht haben bzw. daß sie überhaupt Schwierigkeiten damit gehabt haben, so muß das stets mit größtem Erstaunen und Mißtrauen erfüllen, und ich muß nach meinen recht umfangreichen Erfahrungen ausdrücklich feststellen, daß schon die intravenöse Injektion von 10 ccm,

wenn es sich nicht gerade um besonders gute Venen handelt, selbst dem technisch Geübten häufig nicht unerhebliche Schwierigkeiten zu bereiten vermag. Über die Bekämpfung dieser Schwierigkeiten läßt sich theoretisch wenig sagen — lediglich durch dauerndes praktisches Üben hat man die Möglichkeit, sich eine einigermaßen verläßliche Technik zu erwerben. Nur eine Vorsichtsmaßregel möchte ich erwähnen: man spritze, wenn es sich um Mengen von über 2 ccm handelt, stets unter möglichst geringem und gleichmäßigem Druck auf den Stempel. Dies Verfahren stellt zwar häufig an die Geduld des Arztes und des Kranken erhebliche Anforderungen, gewährleistet aber noch am ehesten die Möglichkeit, größere Mengen in die Vene hineinzubringen. Dringend zu warnen ist in allen schwierigen Fällen vor einer Unterbrechung des Spritzens, um zu kontrollieren, ob man auch wirklich noch in der Vene ist — das führt, wenn es sich um enge Venen oder eine leichte Gerinnbarkeit des Blutes handelt, fast stets zur Bildung kleinster Thromben an der Spritzstelle und macht meistens eine Fortsetzung der Einspritzung an dieser Stelle unmöglich! Man suche die nötige Kontrolle, ob man tatsächlich in die Vene hineinspritzt, stets mit dem Auge auszuüben — bei einiger Übung und gespannter Aufmerksamkeit gelingt es stets, auf diese Weise ein etwaiges Danebenfließen der Flüssigkeit sofort festzustellen! — und suche grundsätzlich, die Injektion ununterbrochen durchzuführen; sieht man aber, daß ein Teil der Flüssigkeit neben die Vene fließt, was zuweilen dem Geübtesten passieren und besonders beim Salizyl und dem noch zu besprechenden Salvarsan verhängnisvolle Folgen haben kann, dann hat es sich nach meinen Erfahrungen am besten bewährt, den Spritzenstempel sofort möglichst rasch zurückzuziehen. Es gelingt auf diese Weise meist, durch den entstehenden negativen Druck einen großen Teil der danebengespritzten Flüssigkeit wieder in die Spritze zurückzusaugen; die in den Weichteilen zurückgebliebenen geringen Reste geben dann vielleicht zu kleinen Infiltraten, aber jedenfalls nicht zu so erheblichen Nekrosen Anlaß, wie es sonst der Fall wäre.

Eine besondere Stellung nehmen die Salvarsanpräparate, das Neo-Salvarsan und das Salvarsan-Natrium ein, einmal, weil sie unter die Haut gespritzt zu besonders unangenehmen tiefgehenden Nekrosen Anlaß geben und therapeutisch jeden Wert verlieren, außerdem aber weil sie auch innerhalb der Vene zu entzündlichen Veränderungen der Venenwand und bei wiederholten Einspritzungen zu einem vollkommenen Verschluß der Vene führen können. Das macht sich besonders unangenehm fühlbar, wenn man nach der von Alter angegebenen Methode verfährt, nach der innerhalb vier Wochen acht Einspritzungen gegeben werden müssen. Nach meinen Erfahrungen entfaltet das Salvarsan-Natrium innerhalb, wie außerhalb der Vene eine bedeutend stärkere entzündliche und daher unangenehmere Wirksamkeit als das Neo-Salvarsan; da es überdies nach den Berichten der meisten Autoren diesem in seiner therapeutischen Wirkung in keiner Beziehung überlegen zu sein scheint, ist das Neo-Salvarsan für die intravenöse Anwendung entschieden vorzuziehen. Es liegt nun am nächsten, von der guten Löslichkeit des Neo-Salvarsans Gebrauch zu machen und es stark konzentriert zu lösen, um nur mit möglichst kleinen Mengen arbeiten zu müssen: tatsächlich gelingt es auch Nr. VI = 0,9 g Neo-Salvarsan in 2 ccm Wasser vollkommen zur Lösung zu bringen. Ich habe lange Zeit in zahlreichen Fällen derartig konzentrierte Lösungen mit klinisch gutem Erfolge ohne jede unangenehme Nebenwirkung intravenös eingespritzt; es fiel mir aber mit der Zeit auf, daß selbst bei Kranken, die bei Beginn der Kur noch die vortrefflichsten Venen hatten, diese schon nach wenigen Einspritzungen sich vollkommen zurückbildeten, so daß die Einspritzung der zuletzt zu gebenden, besonders wichtigen hohen Dosen in vielen Fällen fast unüberwindlichen Schwierigkeiten begegnete. Diese Tatsache war zweifellos auf die oben erwähnte entzündungserregende bzw. nekrotisierende Wirkung des Salvarsans zurückzuführen, die sich in den hochkonzentrierten Lösungen besonders stark geltend gemacht hat. Es entstehen nun die beiden Möglichkeiten: entweder spritzt man schwächere Lösungen und muß allerdings Mengen von 5 bis 10 ccm einspritzen, oder man nimmt die hochkonzentrierten Lösungen und hat dafür den Vorteil, nur Mengen von 1 bis 2 ccm einspritzen zu müssen; dieser Vorteil ist gerade beim Salvarsan nicht zu unterschätzen, da unter den Syphilitikern eine überwiegend große Zahl nur höchst winzige und unbrauchbare Venen hat; diese Tatsache mag zum Teil an der sozialen Stellung der zum größten Teil nicht den körperlich arbeitenden Berufen angehörenden Kranken liegen, zum Teil wohl auch als eine spezifische Gefäßwirkung der syphilitischen Erkrankung anzusehen sein. Es erscheint mir am empfehlenswertesten, bei denjenigen Kranken, welche derartig schlechte Venen besitzen, an denen doch nicht mehr viel zu verderben ist, nicht das Risiko der Einspritzung einer größeren Flüssigkeitsmenge zu übernehmen, sondern besser die hochkonzentrierten Lösungen zu spritzen. Bei den leider nicht allzu häufig vorkommenden Syphilitikern mit guten

Venen ist es dagegen empfehlenswert, mit der nötigen Vorsicht größere Mengen schwächere Neo-Salvarsan-Lösungen zu verwenden, da auf diese Weise die Venen tatsächlich weniger stark verändert zu werden und längere Zeit durchgängig zu bleiben scheinen. Eine wertvolle Hilfe scheint mir in diesen Fällen auch ein von Fuchs in Nr. 34 der Münch. med. Wochenschr. des Jahres 1916 angegebenes Verfahren zu bieten: Fuchs, einer der wenigen Autoren, die technische Schwierigkeiten bei der intravenösen Injektion überhaupt erwähnen, empfiehlt, eine konzentrierte Salvarsanlösung in einer größeren Spritze zu verwenden und sie auf 15 bis 20 ccm mit dem angesaugten Blut zu verdünnen, da das teilweise durch Blut verdünnte Neo-Salvarsan die Gefäßwände weniger anzugreifen scheint, als eine rein wäßrige Lösung. Diese Methode ist aber, wie ich mich mehrfach überzeugen konnte, lediglich bei Kranken durchführbar und angebracht, die über sehr gute Venen verfügen, da andernfalls das Ansaugen einer größeren Menge Blut leicht zu Thrombenbildungen und Verklebungen an der Spritzstelle führen und die Einspritzung im Gegenteil erschweren bzw. unmöglich machen kann. Ich möchte auch empfehlen, die Gesamtmenge der Flüssigkeit nicht auf über 10 ccm zu erhöhen. Die Einspritzung dieser Menge ist schon nicht einfach, die technische Schwierigkeit steigert sich aber in unverhältnismäßig hohem Grade, wenn noch größere Mengen mit der dann notwendigen weniger handlichen 20-ccm-Spritze eingespritzt werden sollen!

Bei der hervorragenden Bedeutung, die der intravenösen Salvarsananwendung zukommt, tritt die Unvollkommenheit und Unsicherheit der intravenösen Technik, wie sie bisher ausgebildet ist, unangenehm störend in die Erscheinung; eine erhebliche Verbesserung dieser Technik ist ein Ziel im Interesse unserer modernen therapeutischen Bestrebungen aufs innigste zu wünschen, diesem Ziel kommen wir aber nur näher durch den offenen Austausch von Erfahrungen, auch wenn sie bisher unbefriedigend sind, und nicht durch ein schamhaftes Verschweigen aller technischen Schwierigkeiten, wie das bisher in den meisten Veröffentlichungen der Fall war. Meine Ausführungen sollen, weit ent-

Nicht jeder hat 100,000 Mark,
zum Zeichnen von Kriegsanleihe
Aber
1000,
500,
300,
100
Mark kann jeder zeichnen. Viele Millionen Mark ergeben diese Hunderttausende kleiner Zeichnungen und beweisen den Feinden, daß auch bei der „Neunten" das deutsche Volk geschlossen zu den Zeichnungsschaltern geeilt ist
100000

fernt davon, die ganze Technik der intravenösen Injektion erschöpfend zu behandeln, lediglich auf die am häufigsten auftretenden Schwierigkeiten und die Möglichkeit ihrer Beseitigung hinweisen und die Anregung zu weiteren Erörterungen dieser rein technischen, aber doch so bedeutungsvollen Frage geben.

Buchbesprechungen.

— Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarkeit, ihre Indikationen, Technik und Rechtslage. Ein Handbuch für Ärzte und Bevölkerungspolitiker. Unter Mitwirkung von Adam, Bettmann, Hacke, Henkel, v. Hoffmann, Krone, v. Lilienthal, Martins, Placzek, Schallmayer, Strohmayer, Weinberg herausgegeben von Placzek. 460 Seiten. Leipzig 1918, G. Thieme. Preis 15 M und 25 v. H. Teuerungszuschlag.

Es sind bearbeitet: Grundlinien der Vererbungslehre von Schallmayer (48 S.); Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarkeit vom Standpunkt der inneren Medizin von Martins (72 S.); dasselbe vom Standpunkt der Gynäkologie von Henkel (46 S.), der Psychiatrie von Strohmayer (78 S.), der Neurologie von Placzek (46 S.), der Augenheilkunde von Adam (36 S.), der Ohrenheilkunde von Hacke (12 S.), der Lehre von den Haut- und Geschlechtskrankheiten von Bettmann (27 S.), des Staatsinteresses von Krohne (25 S.), des Rechtes von Lilienthal (22 S.), der Statistik von Weinberg (12 S.); Künstliche Unfruchtbarkeit in den Verein. Staaten von G. v. Hoffmann (24 S.). Der psychiatrische Teil nimmt also verhältnismäßig den überaus weitesten Raum ein. Nach Bumm wurden von Oktober 1910 bis Ende 1915 202 Fälle der Berliner Universitätsfrauenklinik zur Einleitung

künstlicher Fehlgeburt von Ärzten geschickt, darunter nur 10 Psychosen, bei denen allen sie **abgelehnt** wurde. Der künstlichen Verunfruchtung bei unheilbar Geisteskranken und Entarteten wird mit Recht — de lege ferenda — das Wort geredet und auf die Schweiz verwiesen, wo man die diesbezügliche amerikanische Gesetzgebung ohne Gesetz in freierer Form einfach auf dem Verwaltungswege nachahmte.[1])

Das Werk sei zum orientierenden Studium bestens empfohlen. Bresler.

[1]) Siehe hierüber Oberholzer, Kastration und Sterilisation von Geisteskranken in der Schweiz (Jurist.-psychiatr. Grenzfragen, herausg. von Bresler, Hoche, Finger, Band 8 Heft 1-3, Halle, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung); ferner ebenda: Mayer, Die nordamerikanischen Gesetze gegen die Vererbung von Verbrechen und Geistesstörung, Band 8 Heft 1-3, und Wilhelm, Beseitigung der Zeugungsfähigkeit usw., ebenda, Band 7 Heft 6-7; Franqué, Die Frage der Abtreibung der Leibesfrucht usw., ebenda, Band 7 Heft 4; Teichmann, ebenda, Band 3. Möbius, Über die Wirkungen der Kastration, Halle 1903. Bokelmann, ebenda, 1907.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

WOLTORF (Braunschweig)

Privat-Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Fernsprecher Amt Peine 288.

Schöne ruhige Lage in waldreicher Umgebung. Großer Park. Elektrisches Licht. Zentralheizung. Entziehungskuren. Aufnahme von Pensionären.

Leitender Arzt **Dr. Alber.**

Sanatorium von Dr. Th. Brunner

Küsnacht am Zürichsee.

Aufnahme von **Nerven-** und **Gemütskranken, Morphium-** und **Alkoholentziehungskuren.** Prächtige Lage mit ausgedehnten Gartenpromenaden am Seeufer. Mehrere Häuser. Illustrierte Prospekte mit Referenzen zu Diensten.

Dr. med. Th. Brunner.

Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt für Gemüts- u. Nervenkranke

Bendorf bei Coblenz

Villenbauten, Zentralheizung, elektr. Licht, Beschäftigung der Kranken in Werkstätten und in der Gärtnerei mit Gemüsebau, Obstkultur, Treibhäusern, Tennisplatz. 14 Morgen großer Park.

Chefarzt: Geheimrat Dr. Erlenmeyer. 1 bis 2 Hilfsärzte.

Prospekte durch die Verwaltung.

Israelit. Kuranstalten z. Sayn b. Coblenz

I. Kurhaus für Nerven- und leichte Gemütskranke.
II. Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Gemütskranke.

Prospekte kostenfrei.

Ärzte: Sanitätsrat Dr. **Rosenthal** und Dr. **Jacoby**
Verwaltungsdirektion: B. **Jacoby.**

Sanatorium „Parkhof" Rinteln a. W.

Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Zwei durch die Straße getrennte Häuser für leichte und schwere Kranke; große geschützte Parks und Gärten, elektr. Licht, Zentralheizung, Badehaus mit elektr. Licht- und Bestrahlungsbädern. Liegehalle, Wintergarten etc.

Auskunft und Prospekt durch die Besitzer und Ärzte.

Telephon 74. **Dr. H. Lehne und Dr. Ad. Hoppe.**

Kuranstalt für Nerven- und Gemütskranke

früher San.-Rat Dr. Kleudgen.

Fernsprecher Nr. 12 — **OBERNIGK** — **Fernsprecher Nr. 12**

Luftkurort b. Breslau. — Große Park- und Gartenanlagen.

Streng individualisierende Behandlung ∞∞ System. Beschäftigungstherapie ∞∞ Entziehung: Alkohol, Morphium.

Angenehmste Verhältnisse für längeren Aufenthalt bei chronisch Leidenden

Vornehme Familienpflege :: Näheres durch Prospekt

Nervenarzt Dr. Sprengel.

Bekanntmachung.

An der pfälz. Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster ist die Stelle einer weiteren

Oberpflegerin

alsbald zu besetzen.

Gehalt nach Klasse 24 der staatlichen Gehaltsordnung. (1700 M. Anfangsgehalt mit 6 dreijährigen Gehaltszulagen à 100 M. bis zum Höchstgehalt von jährlich 2300 M.) Für die freie Station II. Klasse sind jährlich 600 M. an die Anstalt zurückzuvergüten.

Die Anstellung in etatsmäßiger Eigenschaft (Art. 5 des Beamtengesetzes) wird erst nach einer dreimonatigen Prüfungszeit erfolgen.

Körperlich rüstige Bewerberinnen, mit entsprechender Vorbildung und Erfahrung wollen ihre Gesuche mit Lebenslauf, einem amtsärztlichen Zeugnisse über ihren Gesundheitszustand und Zeugnissen über ihre bisherige Verwendung bis spätestens 25. Oktober 1918 an die unterfertigte Kgl. Direktion einsenden. Persönliche Vorstellung ist nur auf Verlangen erwünscht.

Klingenmünster, den 26. Sept. 1918.

Kgl. Direktion
der pfälz. Heil- und Pflegeanstalt.
Dr. Hügel.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie

XV. Folge.

Aus der Literatur der Jahre 1916/17 zusammengestellt von San.-Rat Dr. **Joh. Bresler.**

Preis M. 1,—.

In kurzem erscheint:

Ergebnisse psychiatrischer Begutachtungen beim Kriegsgericht.

Von Kreisarzt Dr. **Stoll,**
Stabsarzt d. R.

Preis M. 1,20.

Zwanzigster Jahrgang. Nr. 27. 1918/19.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von
Geh. San.-Rat Prof. Dr. **K. Alt** Uchtspringe (Altmark), Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle, Chefarzt San.-Rat Dr. **Beyer**, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Sanitäts-Rat Dr. **Deiters**, Grafenberg, Sanitätsrat-Rat Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin), Medizinal-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer**, Hohemark, San.-Rat Dir. Dr. **Herting**, Galkhausen (Rhl.), Geh. Med.-Rat Dr. **Ilberg**, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), Dir. Dr. **Kluge**, Potsdam, Dir. Dr. **Lehmann**, Lindenhof, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R., Dir. Dr. **v. Olah**, Budapest, Prof. Dr. **A. Pilcz**, Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß**, Wien, Geh. Rat Prof. Dr. **E. Schultze**, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger**, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke**, Eglfing b. München, Prof. Dr. **H. Vogt**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 27. 5. Oktober **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Hysterie und Hysteriefähigkeit.

Streiflichter zu dem Fragenkomplex.

Von Professor Dr. **Erwin Stransky**, Wien.

(Schluß.)

Es ist ferner einleuchtend, daß eine Psyche, die eben gerade dank ihrer immanenten Tendenz, nach außen wie nach innen anders zu scheinen, als sie im tiefsten Grunde ist, eben dank diesem nie aufhörenden, weil inkarnierten Trugspiel auch niemals aus einem l a b i l e n Gleichgewichtszustande herauszukommen vermag; darum muß es naturnotwendigerweise sein, daß sie besonders empfindlich auf jedes dieses Gleichgewicht angreifende Moment reagiert, es sei dieses welcher Art und Herkunft immer; jedoch bedarf es wohl kaum einer Begründung dessen, daß gerade p s y c h i s c h e Momente, da am unmittelbarsten angreifend, das ewig labile seelische Gleichgewicht am entscheidendsten zu beeinflussen geeignet sind, mögen sie nun von außen her oder von innen heraus ihren Ausgang nehmen; daher die Launenhaftigkeit, die Unberechenbarkeit, die raschen Stimmungsumschläge, die besonders hohe Suggestibilität und Autosuggestibilität und die so sehr kennzeichnende Anfälligkeit gegen alle und jede Psychogenie. Eine Seele, deren Zeiger auf eine perpetuierliche innere Komödie eingestellt ist, kann ein inneres Gleichgewicht nie finden, mag auch die eingefleischte Deckttendenz selbst die innerliche „Unruhelage" zuweilen hinter äußerer „belle indifférence" verbergen. Ebenso durchsichtig ist, daß und warum dies niemals anders als labile seelische Gleichgewicht weder Beständigkeit noch Tiefe irgendwelcher Gemütsregungen ermöglichen kann; die einzigen, die es sind, die egoistischen, werden ja „gedeckt". Theatralische Knalleffekte einerseits, zäher Eigensinn andrerseits müssen daher als Mimikrysymptome dazu dienen, die Oberflächlichkeit aller anderen Einzelstrebungen zu maskieren.

Mancherlei im klinischen Bilde der Hysterie scheint nun der Einordnung in das hier entwickelte System zu widerstreben; s c h e i n t es freilich bloß, wie ich im folgenden zeigen möchte.

Zunächst die „klassischen" körperlichen Stigmata der Hysterie! Da scheint im ersten Hinzusehen die hier vertretene Lehre zu versagen; denn wie sollte sie uns Dinge gleich der Halbseitenanästhesie, dem Clavus, dem Globus u. ä. „Lokalsymptome" oder die Krämpfe erklären können, wie sie fast allen Theorien der Hysterie so viel Schwierigkeiten bereitet haben? Nun, gerade die Kriegsverhältnisse, auf die wir noch zurückzukommen haben werden, tragen da wohl manches zur Aufklärung bei; sie haben uns besonders gut den psychogenen Aufbau auch rein somatischer Symptome von solchen Neurosenformen studieren und erkennen lassen, die, wenn schon nicht selber hysterisch, doch wenigstens im Mechanismus mit dem Hysterischen die engsten Berührungen aufweisen (N o n n e u. a.); hierüber noch weiter unten. Sicher ist in den Dingen, die man hysterische Lokalsymptome nennen könnte, sehr viel an volksmedizinischem Vorstellungsmaterial bzw. derartigen Engrammen enthalten; wer ein größeres poliklinisches (z. B. Krankenkassen-) Material überblickt, weiß, wie häufig Klagen über isolierte Krämpfe

oder isolierte Schmerzen oder isoliertes „Taubsein" oder über Unterempfindlichkeit oder über Schwäche an und in einzelnen Körperstellen vorkommen, auf die, bewußt oder halbbewußt, das Augenmerk des Patienten eingestellt ist; bei Arbeitern z. B. sind oft die oberen Gliedmaßen der Sitz solcher Beschwerden; dabei ist irgendeine Spur eines organischen Krankheitssubstrates meist nicht zu ermitteln. Solche Dinge sind in der Wurzel eben wohl noch nichts spezifisch Hysterisches; bemächtigt sich aber einmal (übrigens zuweilen in der Tat unter iatrogener Suggestion) die hysterische Individualität solcher Mechanismen, dann tut sie es, intensiv wie extensiv, zähe und gründlich; denn nichts ist ein leichteres und einfacheres Mittel, der „Krankheit" zur „Anerkennung" durch die Umwelt und das eigene Gewissen zu verhelfen als eben derlei Lokalsymptome, für deren Konzeption im Grunde jede menschliche Seele ein gewisses Maß von Anfälligkeit besitzt; der hysterische Krankheitswille — wir verstehen nach allem früher Ausgeführten jetzt wohl restlos, woher das hysterische „Anklammern an die Krankheit" stammt, warum aber der hysterische Charakter gerade darin wiederum das typische Komödiensyndrom mit besonderer Vorliebe prästiert, will sagen: scheinbar krampfhaft seine Genesung „betreibt", von Arzt zu Arzt läuft und — schimpft (Motto: Haltet den Dieb . . .), vor schweren Operationen selbst nicht zurückscheut (im Gegenteil zuweilen sogar solche erstrebt!), aber im tiefsten Grunde alles tut (auch bewußten Trug nicht scheut), um die scheinbar angestrebte Genesung zu durchkreuzen! — läßt alsdann gleich ganze Gliedmaßen, Körperhälften über- oder unterempfindlich oder gelähmt oder verkrampft sein; jene Mißempfindungen des Druckes im Schlunde oder im Magen oder im Kopfe, wie sie ja auch sonst — z. B. in der zyklothymen Depression, aber auch beim Normalmenschen — recht gewöhnliche Symptome irgendwelchen wie immer bedingten Unbehagens sind, sie werden, beschwingt durch die von geheimsten Krankheitswünschen getragene hysterische Phantasie, zum Globus, zum Clavus usw. vergrößert; die Schmerzhaftigkeit im Unterbauche wiederum weist hin auf irgendwelche, wenn auch vage Beziehungen zu den Genitalien, der Erotik überhaupt, die im hysterischen Seelenleben sicherlich eine sehr bedeutende — wenn auch bei weitem nicht die wesentlichste — Rolle spielt, denn gerade sie eignet sich ja vorzüglich zur Besitzergreifung durch die Decktendenz, das Komödiensyndrom, weil da schon das natürliche Schamgefühl und landläufige Sittlichkeitsbegriffe bzw. Erziehung und Umwelt Vorarbeit geleistet haben; was beim Normalmenschen aber noch einfach und durchsichtig aufgebaut ist, das wird vom hysterischen Komödiensyndrom fast zur Unkenntlichkeit verzerrt.

Nun wird man gegen die hier entwickelten Anschauungen einen anderen, scheinbar sehr gewichtigen Einwand erheben können: man wird nämlich sagen, es gäbe doch auch Hysterische, die ethisch keineswegs minderwertig erschienen; man wird sogar hinweisen auf bestimmte hysterische Typen, auf jene „engelsguten", „hingebungsvollen", „märtyrergleichen" Persönlichkeiten, wie sie sich gerade im Rahmen der Hysterie gar nicht selten vorstellen; gibt es ja sogar geistige Größen mit unzweifelhaft hysterischen Charakterzügen. Nun, ich anerkenne durchaus diesen Typus, diese „nützliche Hysterie", wie ich sie — insofern als der hysterische Charakter hier indirekt zum Anreger altruistischen Handelns wird, wie mancher Schiffer mit Gegenwind segelt — nennen möchte; allein ich meine, nur oberflächliche Wertung dürfte in diesen Fällen verkennen können, wie sehr auch hier und gerade hier die altruistische Schichte des Wesens bloß eine Oberschichte, eine Deckschichte des Wesens ist (grattez l'hystérie et vous verrez la canaille, möchte ich, in freier Umschreibung eines bekannten, nun einmal in der Sprache unserer Feinde geprägten Wortes sagen), die mit einer Art besonders intensiver und vollendeter Mimikry — natürlich wieder unter mächtiger Mitwirkung von Autosuggestion — festgehalten wird (man könnte fast von „hystériques supérieurs" sprechen); eben darum gerade aber das oft Ostentative, Krampfhafte, Fanatische der „Seelengüte" dieser Menschen und ihrer Äußerungen oder die Grausamkeit ihrer „Seelengröße" gegen sich (und andere!), hinter welcher der Kundige und Längerbeobachtende stets die tiefinnerste moralische Minderwertigkeit erkennen wird; geht doch die innere Niedertracht des hysterischen Charakters oft genug so weit, sich selbst zu quälen, ja auch zu gefährden, sogar zu vernichten, um nur anderen dadurch Bosheit anzutun (die er sich selbst freilich als sein „Recht" zu suggerieren pflegt). Der „moralische Transvestitismus", zu dem die hysterisch gesteigerte Deckanlage das hysterische Individuum zwingt, erklärt auch dieses paradoxe Phänomen genugsam; wissen wir ja bereits, wie gerade die so häufige krampfhafte und verbissene Zähigkeit des Hysterischen im Grunde Deckerscheinung ist, ein Mimikrysymptom, welches die tiefinnerliche Feigheit, Schwäche und Labilität zu decken bestimmt ist. Die Anwendung auf gewisse, sehr aktuelle Erscheinungen der Völkerpsychologie ergibt sich

für uns Mitteleuropäer und zumal für den Deutschen, der eine Welt nicht nur bekämpft, sondern sie auch studiert, wohl von selber . . . .!

Übrigens wird jeder erfahrene Arzt aus seiner Praxis genug Fälle hysterischen „Edelmutes" kennen, dessen tiefstinnerliche Kanaillennatur dann bei intimer Kenntnis oder in kritischer Lage — dem Uneingeweihten überraschend — zutage getreten ist; und also in der Lage sein, die Richtigkeit der hier ausgesprochenen Sätze aus eigener Erfahrung zu bestätigen.

Wenn alles Hysterische solch eine besondere Anfälligkeit zur Entwicklung von Ausnahmezuständen besitzt, wird uns dies nach dem Ausgeführten nur *scheinbar* befremden können; tut ja doch gerade der hysterische Charakter so recht deutlich, in weit ausgreifenderem Maße noch als der normale die Zusammengesetztheit und polymorphe Labilität dessen, was wir überhaupt den Charakter nennen, dar; nach dem, was ich kürzlich in einer anderen Abhandlung (Ausnahmezustand und Normalseelenzustand, Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie) ausgeführt habe, sind demnach gerade auf hysterischem Boden stets alle Bedingungen in besonderem Maße gegeben, unter welchen Affekte oder affektstarke Komplexe eine dynamische Verschiebung im seelischen Kräfteparallelogramm herbeizuführen und einen „zweiten" Zustand zu setzen imstande sind, in dem dann, von Hemmungen in höherem Grade befreit als im habituellen Seelengleichgewicht, die *innerste* Natur mit ihren Wünschen und Strebungen — wenn auch oft genug noch da „überlagert" durch Krampfanfälle oder andere Faxen oder Symboldelirien, denn im Hysterischen ist die „Decktendenz" fast unzerstörbar mechanisiert, wenn auch naturgemäß in ihrer jeweiligen Stärke von intrapsychischen Schwankungen abhängig — mit größerer Nacktheit als im Habitualzustande zutage tritt. Gerade nach dem hier Ausgeführten wird es aber auch begreiflich,

Glaubst Du, **Du** darfst
die Hand in der
Tasche behalten,
weil 1000 andere schon
gezeichnet haben. Mehr
denn je kommt es darauf
an, daß jeder einzelne
nach seinen Kräften zeichnet - mehr denn je muß
dem Feinde gezeigt werden, daß Deutschland unbesiegbar ist - auch auf
finanziellem Gebiete
Ein schlechter Deutscher,
wer nicht mittut!
Zeichne!

warum eben im „zweiten", im Ausnahmezustande die Aussicht, in die tiefsten Regungen der hysterischen Seele hineinzudringen, eine größere ist: denn der Ausnahmezustand bedeutet ja nach dem oben Gesagten eine wenn auch ungewollte, d. h. durch Verschiebungen im seelischen Kräfteparallelogramm (l. c.) bedingte Schwächung der Energie des „Dekkungsmechanismus", ja geradezu ein Abreagieren, eine Erleichterung des im Habitualzustande gestauten seelischen Innersten — das Zutreffende von der Breuer-Freudschen Katharsislehre tritt zutage —, ein Ventil, das aber eben wegen der immanenten Simulationstendenz nur durch die Flucht in die Krankheit, im gegebenen Falle in die Psychose zu öffnen ist; ebendarum sind in solchem Zustande auch bessere Bedingungen für gleichsinnig angreifende Kräfte gegeben, also auch für solche exogener (iatrogener) Herkunft, psychodiagnostischer, psychotherapeutischer u. a. Natur.

Nun zu einem weiteren Frageabschnitte. Schon lange vor dem Kriege, ganz insbesondere aber im Kriege haben wir reichlich Bekanntschaft gemacht mit der konstellativen „Hysteriefähigkeit" Nichthysterischer; nicht nur jugendlicher, sondern auch erwachsener Personen. Wiederum würde dies scheinbar der hier entwickelten Lehre — die ja von Anlagefaktoren ausgeht — entgegenstehen, aber wiederum eben nur scheinbar. Wir müssen uns bloß vor Augen halten, daß die Natur nirgends, am allerwenigsten im Psychischen scharfe Grenzen kennt; ein mehr minder erhebliches Maß amoralischer, antisozialer, überegoistischer Strebungsrichtung steckt, potentia mindestens, doch in jedem Menschen, und natürlich auch — warum, ergibt sich aus weiter oben Gesagtem zwanglos — ein wenigstens ebensolches Maß mimikryartiger Decktendenz; je unentwickelter, ungefestigter der Charakter — Weiber und Jugendliche! —, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, daß es episodisch, zumal unter besonderen äußeren Verhältnissen, zu hysteroidem Reagieren kommen kann; in besonders komplexgestalteten, außergewöhnlichen Konstellationen — man nehme da etwa Haft oder Katastrophen oder Kriegsereignisse, zumal Trommelfeuer, namentlich aber das mächtige Moment seelischer Ansteckung, denn Suggestibilität ist, mehr minder abgestuft, eine allgemeine Eigenschaft der Seele! — oder auch in minder schweren Situationen, denen nur er ad personam infolge von „Schwäche" seines Wesens nicht gewachsen ist (zumal Frauen!), wird aber auch der erwachsene Normalmensch unter Umständen ein Opfer des Überwucherns des egozentrischesten, des Selbsterhaltungstriebes, woferne er ihn sonst restlos zu zügeln vermag, solange die angeborenen und anerzogenen ethischen Hemmungen zureichen; eben gerade aber wegen dieser hemmenden Momente, die im Bewußtsein auf alle Fälle mächtig genug bleiben, selbst wenn ihnen der Endsieg nicht zufällt, darf sich der nackte Egoismus vor der Umwelt wie vor dem eigenen Gewissen nicht zur Gänze demaskieren, kommt es also zu mimikryartiger Deckreaktion, zu hysteroidem Reagieren.

Vielleicht ist dieser letztentwickelte Gedankengang geeignet, das schon vor dem Kriege so viel umstrittene Kapitel der hysterischen Reaktionsfähigkeit nicht hysterisch Veranlagter einigermaßen zu klären. Man vergißt eben zuweilen doch den früher zitierten Satz, daß die Natur scharfe Grenzen nirgends kennt. So wenig, wie solche zwischen gesund und krank im allgemeinen bestehen, so wenig bestehen sie zwischen einzelnen Krankheits- oder Anlagetypen und dem Durchschnitte; fallweise werden, müssen sich Übergänge finden. Darum erschien und erscheint mir der Streit, der die klinische Psychiatrie kurz vor dem Kriege so sehr erregt hatte: hie absolut abgerundetes klinisches Krankheitsbild — hie relativ wertender Reaktionstypus, im Grunde müßig, weil von einer unrichtigen Fragestellung ausgehend. Beide Streitteile hatten und haben recht, nur eben beide bloß teilweise. Das will sagen, daß, so gut wie wir im Leben recht gut „gesund" und „krank" — trotz allem grundsätzlichen Ineinanderübergehens — voneinander zu scheiden vermögen, so gut auch bestimmte Krankheitsbilder und Anlagetypen, also in concreto auch hysterische im hier dargelegten Sinne, existieren und miteinander korrespondieren; das hindert aber, abgesehen von der Möglichkeit primärer Übergangs- und damit Doppelveranlagung, ganz und gar nicht, daß konstellativ psychodynamische Verhältnisse vorliegen können, welche episodisch eine Verschiebung der seelischen Gesamtresultierenden (siehe die früher zitierte Arbeit) im Sinne eines Reagierens in anderer als der habituellen Richtung bedingen; in specie also in hysteroider Richtung, wozu ja — siehe oben — bei jedermann auch gewisse potentielle Vorbedingungen gegeben sind; bei intellektuell nicht Vollwertigen (oder auch nur schwieriger Situation geistig nicht Gewachsenen!) übrigens in besonders großem Ausmaße: denn der intellektuell Unterwertige (bzw. relativ Unterwertige) versagt ja bekanntlich auch häufig in Situationen, die selbständige (bzw. besonders schwierige und verantwortliche) Entscheidungen in moralischer Richtung erfordern, und seine Psyche flüchtet angesichts dieser Schwierigkeiten unter egoistischem Drucke

gar nicht selten in ein hysteroid-mimikryartiges Deckverhalten hinein; sie befolgt halbbewußt das banale Motto: Ich kann nicht mehr, ich hab's satt, ich meld' mich krank . . .!

Die hier vertretene Anschauungsweise erblickt also in allem „Hysterischen" wesentlich das charakterologische Vorherrschen mimikryartiger Decktendenz bei tiefstinnerlich vorwaltend überegoistischer, amoralischer, antisozialer seelischer Strebungstendenz; episodisches, hysteroides Reagieren — in diesem Sinne also „Hysteriefähigkeit" — ist konstellativ (oder auch als Ausdruck beginnender schwererer Hirnveränderung, z. B. bei Schizophrenie, Paralyse u. a.) auch bei sonst nicht hysterisch Beanlagten (ich gebe übrigens zu, daß — parallel den Lehrsätzen Kochs — auch eine „erworbene" dauernde hysterische Minderwertigkeit denkbar sei!) möglich und Tatsache; allein diese Tatsache verschlägt nichts gegen die andere, daß ein bestimmter seelischer Typus eben durch das dauernde Vorherrschen der oben bezeichneten charakterologischen Eigentümlichkeiten sich kennzeichnet: eben der sensu stricto hysterische. Nach der hier vertretenen Anschauung ist also die Hysterie zwar noch nicht identisch (denn der erhöhte Egoismus der Hysterie strebt noch nicht geradezu nach Mord und Raub), aber bereits verwandt mit den Zuständen ethischer Anlagedefektuosität; und in der Tat zeigt nicht nur die alltägliche, sondern namentlich auch die forensische Erfahrung deutlich genug, wie viele Brückenwege von der Hysterie nicht nur zu den episodischen psychogenen und den degenerativen Krankheitsreaktionen, sondern gerade auch zu den „gemeinen" moralischen Defektzuständen bzw. zu den „passiven", aber auch zu den „aktiven" Verbrechernaturen führen. Die Hysterie ist im tiefsten Grunde eine „verschämte" Verbrechernatur, eine Verbrechernatur mit einem Feigenblatt, sei es auch mit einem über alle Maßen großen, vielfach gefalteten und gebuchteten Feigenblatt.

Nach der hier vertretenen Anschauungsweise kann kaum zweifelhaft sein, daß dem hysterischen Charakter gegenüber vor allen Dingen die Indikationen des Gesellschaftsschutzes und der Rassenhygiene zu erfüllen sind; der sensu stricto Hysterische ist — als ethisch Defekter und, gerade weil dieser sein Defekt sich mimikryartig zu decken tendiert, sogar in gewissem Sinne besonders gemeingefährlicher ethisch Defekter — wenigstens im Prinzipe (mag dieses auch notgedrungen nicht restlos in die Praxis umzusetzen sein), in erster Linie als ein Schädling und erst in zweiter Linie als ein Kranker zu behandeln. Namentlich muß die menschliche Gesellschaft geschützt werden vor der hohen seelischen Infektiosität, welche, direkt wie indirekt — die Hysterie ist, wie nach dem Ausgeführten wohl einleuchtet, nicht nur die große Simulantin, sondern auch eine gewandte Sophistin und gefährliche Advokatin, versteht es also nur zu gut, für sich Stimmung und Partei zu machen! — von der hysterischen Atmosphäre ausstrahlt. Da hilft nur rauher Zugriff, von der zweckbewußten Vernachlässigung an sich je nach Bedarf verschärfend; im tiefsten Grunde dienen wir gerade damit auch den „Patienten" selber, wir helfen allem in ihrer Seele auf, was darin etwa nicht hysterisch ist. Das größte Unglück für alle aber ist die Prostitution, das Wegwerfen kostbaren Mitleides (ich verweise auf meine programmatische Abhandlung: angewandte Psychiatrie); unser Mitleid gehört vor allem unserem unter bittersten Opfern an blühender Kraft schwer nach aufwärts strebenden Volke und dadurch der lebenskräftig aufsteigenden Menschheit überhaupt, erst dann dem Ballaste, der einer Fußfessel gleich den Aufstieg hemmt; unser Mitleid muß hygienisch orientiert sein, nicht philosophisch oder sentimental, denn philosophasternde Sentimentalität ist stets ein Verfallszeichen. Vergessen wir am Ende nicht, daß wir gerade die Schwankenden, die Vertreter der Übergangsformen und die bedingt Anfälligen (und dazu gehören ja die meisten!) dadurch am besten zurechtzügeln, daß wir ihnen hysteroides Reagieren nicht zur lockenden Zuflucht werden lassen, vielmehr als jenen Abgrund aufzeigen, den es darstellt, einen Abgrund, der zum seelischen Verfall des einzelnen wie schließlich des Volksganzen jäh hinabführt. Die pädagogisch-medizinischen Nutzanwendungen auf die Behandlung der „Hysteroiden" ergeben sich darnach von selber; nur wird man da, Schablone vermeidend, mehr noch individualisieren müssen als bei den Hysterischen: denn hier gilt es eher, Menschen zu retten als die Menschheit vor ihnen.

Auf dies ganze, hier abgehandelte Thema eingehend zurückzukommen, muß ich, wie bemerkt, einer späteren Zeit vorbehalten.

Druckfehlerberichtigung.

Nr. 21/22 S. 134 linke Spalte Z. 7 v. u. statt A. Löwenfeld lies L. Löwenfeld; hinter „Gaupps" einzufügen „Adlers". — Ebenda S. 136 linke Spalte Z. 28 v. o. statt „Explorierungsmöglichkeit" lies „Ekphorierungsmöglichkeit".

Regierungsrat Dr. Josef Starlinger.

Am 15. Mai 1918 hat Regierungsrat Dr. Josef Starlinger die Arbeitsstätte verlassen, auf der er durch 15 Jahre mit unermüdlichem Eifer und nie versiegender Arbeitskraft gewirkt hat.

Als er nach dem frühzeitigen Tode des ersten Direktors, Regierungsrat Dr. Josef Krayatsch, die Leitung der Kaiser-Franz-Josef-Landes-Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Oehling übernahm, waren erst dreiviertel Jahre seit ihrer Eröffnung vergangen, lagen mithin noch ganz unfertige Verhältnisse vor, deren Klärung und zielbewußte Ausgestaltung von dem neuen Anstaltsleiter besondere organisatorische Fähigkeiten verlangten.

Für die Bewältigung der ihm übertragenen Aufgabe brachte Regierungsrat Dr. Josef Starlinger alle erforderlichen Eigenschaften mit. Hatte er sich doch neben rein wissenschaftlicher Betätigung auf seinem Spezialgebiete schon von jeher mit Vorliebe dem Studium aller mit dem Anstaltswesen zusammenhängenden Fragen gewidmet und durch Studienreisen nach dem Auslande jene Kenntnisse erworben, die ihn befähigten, als ärztlicher Sachverständiger maßgebenden Einfluß bezüglich Anlage und Einrichtung der Anstalt auszuüben, mit deren Fertigstellung eine neue Epoche in der Entwicklung des Irrenwesens in Nieder-Österreich begann.

Nun war er berufen, auf den Grundlagen, an deren Schaffung er bestimmend mitgewirkt hatte, weiter zu bauen, der Anstalt den lebensfähigen Inhalt zu geben und für seine Betätigung die richtigen Formen zu finden.

Durchdrungen von der Überzeugung, daß nur die einheitliche Leitung eine gesunde Fortentwicklung der Anstalt verbürge, wandte er sein Interesse nicht nur vorwiegend den ärztlichen, sondern auch den wirtschaftlichen Angelegenheiten zu und ging entschlossen allen den zahlreichen bei dem Ausbau einer großen Anstalt auftauchenden Problemen zu Leibe.

Nichts dünkte ihm zu gering, als daß er es nicht vom ärztlichen oder vom Standpunkte des wirtschaftlichen Gedeihens der Anstalt in Erwägung gezogen hätte.

Wie jeder Neugründung, so hafteten auch der Anstalt Unvollkommenheiten an, die erst, als der volle Betrieb einsetzte, in Erscheinung traten. Da die Art der Wasserversorgung sich als nicht einwandfrei erwiesen, ruhte er nicht, bis durch die Anlage eines neuen Tiefbrunnens Wasser in reichlicher Menge und tadelloser Beschaffenheit zur Verfügung stand, und als in den ersten Jahren alle noch so sorgfältigen Maßnahmen es nicht verhindern konnten, daß immer wieder Typhusfälle auftraten, wußte er es durchzusetzen, daß durch die Anstellung eines bakteriologisch geschulten Arztes das Übel an der Wurzel gefaßt und auch beseitigt wurde.

Dem Ausbau aller Arten der Irrenpflege, namentlich der Familienpflege, die in unserer Anstalt erstmalig in Österreich zur Einführung gelangte, widmete er seine stete Obsorge und schuf hierfür Einrichtungen, die allseits Beachtung und Anerkennung fanden.

Dem freundlichen Bilde, das die im Villenstile erbaute Anstalt dem Beschauer bot, sollte auch das in ihr herrschende Leben entsprechen, bei dessen Regelung im Sinne möglichst freier Behandlung auf allen nicht unbedingt notwendigen Zwang verzichtet wurde.

In der Überzeugung, daß regelmäßige Beschäftigung das beste Heil- beziehungsweise Beruhigungsmittel für unsere Kranken bilde, wandte er der Ausgestaltung der Arbeitstherapie seine vollste Aufmerksamkeit zu.

Unablässig war er bemüht, die schon vorhandenen Beschäftigungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der individuellen Neigungen der Kranken zu erweitern und auch Einrichtungen zu schaffen, die der Belehrung, Anregung und Zerstreuung zu dienen hatten. Von diesen Einrichtungen mögen hier nur der Anstaltsprater genannt werden, der als eine unserer Anstalt eigentümliche Stätte der Erholung

und Zerstreuung gern und viel von unseren Kranken benützt wird.

Die Gründung einer Anstaltszeitung ermöglichte es nicht nur, die Anstaltsinsassen über alle wichtigen Vorkommnisse zu unterrichten, Belehrung und Aufklärung zu vermitteln, sondern auch die so notwendige innigere Verbindung zwischen der Anstalt und den weit verstreuten Familienpflegestellen herzustellen.

Regierungsrat Dr. Josef Starlinger bezeichnete es stets als sein höchstes Ziel, die allmähliche Umwandlung der Irrenanstalt in ein Krankenhaus für Geistes- und Nervenkranke zu erreichen. Für die Annäherung an dieses Ziel war er in Wort und Schrift tätig, wirkte er in Kongressen und in führender Stellung als Obmann des psychiatrischen Verbandes und suchte, um die noch gegen die Irrenanstalten bestehenden Vorurteile zu beseitigen, durch Veranstaltung von Ausstellungen weiteren Kreisen die Möglichkeit zu bieten, sich durch eigene Anschauung ein Bild von dem in der Anstalt herrschenden Geiste und seiner Betätigung zu machen. Damit war seine vielseitige auf die Förderung des Wohles der Kranken gerichtete Tätigkeit nicht erschöpft. Um ein tüchtiges, seine Aufgabe mit Verständnis erfassendes Pflegepersonal zu schaffen, wurden über seine Anregung Unterrichtskurse eingeführt, die den Pflegepersonen die für die Ausübung ihres Berufes erforderlichen Kenntnisse vermitteln sollen. Um die Berufsfreudigkeit der Pflegepersonen zu heben und zu erhalten, regte er eine Reihe sozialer Maßnahmen an, deren vollständige Durchführung hoffentlich eine nicht allzuferne Zukunft bringen wird.

Die durch regelmäßige Beschäftigung mit landwirtschaftlichen Fragen erworbenen Kenntnisse befähigten ihn, auch auf diesem Gebiete anregend, fördernd und richtunggebend einzugreifen.

Schließlich wurde ihm der gegebene Wirkungskreis noch zu eng, er griff über den Bereich der Anstalt hinaus und schuf in der Fürsorgeorganisation, der sich die Gründung eines Abstinentenbundes anschloß, eine Einrichtung, die als Ergänzung der öffentlichen Fürsorge gedacht, zum Nutzen unserer Kranken Verständnis und Interesse für das An-

staltswesen in weiteren Bevölkerungskreisen verbreitete.

Diese rastlose, alle Gebiete des Anstalswesens umfassende erfolgreiche Tätigkeit lenkte bald die Aufmerksamkeit nicht nur der Fachkreise, sondern auch des Publikums auf sich und verschaffte Mauer-Oehling den Ruf, den es heute im In- und Auslande genießt.

Regierungsrat Dr. Josef Starlinger konnte bei seinem Übertritt in den Ruhestand mit Befriedigung auf das Geleistete zurückblicken und darf das stolze Bewußtsein in sich tragen, daß für den Ausbau der Anstalt sein Wirken grundlegend und vorbildlich war.

Mit der Geschichte der n.-ö. Landes-Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Oehling wird sein Name für immer verknüpft bleiben.

Mauer-Oehling, im August 1918.

Dr. John.

Personalnachrichten.

— **Lübeck.** Der Senat der freien und Hansestadt Lübeck hat dem Direktor der Heilanstalt Strecknitz Dr. med. O. Wattenberg anläßlich seines am 1. September stattgehabten 25 jährigen Amtsjubiläums den Titel Professor verliehen.

— **Zürich.** Der ehemalige Prof. der Psychiatrie an der Universität Zürich und Direktor der Irrenanstalt Burghölzli, bekannt als Vorkämpfer gegen den Alkohol und als Ameisenforscher, feierte am 1. September den 70. Geburtstag.

— Heil- und Pflegeanstalt **Göttingen.** Abteilungsarzt Dr. Buddee, Oberarzt d. R., ist am 15. Juli gefallen. — Abteilungsarzt Dr. Frensdorf, Oberarzt d. R. hat am 31. Juli das Eiserne Kreuz I. Kl. bekommen.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. Nr. 28. 1918/19.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler**,
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 28. 12. Oktober **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Über sterile eitrige Meningitis infolge endolumbaler Salvarsanbehandlung.

Von Professor Dr. **Hans Willige**, zurzeit Marine-Stabsarzt der Reserve.

(Schluß.)

II. Torpedomatrose J., 22 Jahre alt, Arbeiter. Aufgenommen am 2. Juli 1917.

Heredität: o. B. Als Kind Gelenkrheumatismus und Veitstanz. Sonst gesund gewesen. Februar 1917 Syphilis, wurde mit Salvarsan und Quecksilber behandelt (Lazarett Ravensberg). Jetzt seit fünf Wochen nach einer Erkältung (Mandelentzündung) allgemeine Mattigkeit, Ziehen im Kopf, beim Gehen Schmerzen im Kreuz. Daher jetzt wieder Krankmeldung.

Befund: Etwas stark vorspringende Stirnhöcker, breite Nasenwurzel, Klopfempfindlichkeit des ganzen Schädels. Pupillen reagieren. Augenhintergrund: Papillengrenze etwas verwaschen. Starke urtikariaartige Dermographie. Starker feinschlägiger Händetremor. Lebhafte Sehnenreflexe. Etwas beschleunigte Herztätigkeit. Sonstiger Körperbefund: o. B. Psychisch etwas empfindlich, sonst o. B. Lumbalpunktion: Druck gesteigert. Globulinreaktion: Opaleszenz, starke Lymphozytose (etwa 1300 Zellen in der Kammer). Wassermann im Liqor +++. Wassermann im Blut +++. Es wurden bis zum 17. September 1917 in etwa dreiwöchigen Zwischenräumen vier endolumbale Behandlungen gemacht, jedesmal 9/20 mg. Salvarsannatrium in 60 ccm Liquor gegeben. Er hatte immer bei der Behandlung starke Kopfschmerzen, war überhaupt sehr empfindlich und zappelig dabei. Außer der endolumbalen Behandlung wurde Jodkali gegeben und intravenös Altsalvarsan 0,1 bis 0,5, im ganzen 3,3. Unter der Behandlung ging die Zellzahl auf 18 zurück, die Globulinreaktion wurde negativ, nur am 16. Januar 1918 noch einmal — — +. Die subjektiven Beschwerden besserten sich, so daß er am 17. September 1917 als av. zur Genesendenkompagnie entlassen werden konnte. Der Wassermann im Blute blieb positiv.

Er wurde dann in etwa dreiwöchigen Zwischenräumen wieder endolumbal behandelt. Meist wurden trotz gesteigertem Druck nur etwa 60 ccm Liquor erzielt und nur 9/10 mg Salvarsan gegeben, schließlich aber auch bei 75 bis 80 ccm Liquor 1 bis 1,35 mg Salvarsan gegeben. Bei der Punktion und der nachfolgenden endolumbalen Behandlung zeigte er sich sehr empfindlich und zappelig, vertrug aber immer die Behandlung ganz gut. Im ganzen wurden bis Mai 1918 noch sieben endolumbale Behandlungen ausgeführt. Die Globulinreaktion wurde negativ, ebenso der Wassermann im Liquor. Die Zellzahl schwankte zwischen 41 und 9 Zellen, betrug schließlich 19 Zellen. Der Druck wurde normal.

Am 4. Mai 1918 fand die letzte endolumbale Behandlung statt. Er sollte dann nicht weiter endolumbal behandelt werden, da der Liquorbefund normal war. Er bekam 1,35 mg Salvarsannatrium in 80 ccm Liquor. Liquorbefund: Druck normal. Nonne negativ: 28 Zellen in der Kammer, Wassermann negativ bei 0,5. Der Liquor war ganz zuerst etwas sanguinolent, später völlig klar. Die Behandlung verlief ohne die geringste Störung, allerdings klagte Patient wie immer über starke Kopfschmerzen.

5. Mai. Patient klagt über unerträgliche Kopf- und Kreuzschmerzen. Temperatur etwas erhöht (38). Kernig und Nackensteifigkeit etwas vorhanden. Abends keine Besserung der Beschwerden, ist sehr unruhig und hat offenbar starke Schmerzen. Lumbalpunktion: Liquor trübe, Druck gesteigert, sehr reichliche, mehrkernige Leukozyten. Globulinreaktion: stark positiv. Keine Bakterien. Endolumbal und intravenös je 5 ccm Dispargen. Im ganzen werden etwa 10 ccm Liquor abgelassen. Viermal täglich ein Eßlöffel Hexamthylentetramin. Morphium nach Bedarf. Spät abends Erbrechen. Temperatur 37,6.

6. Mai. Zustand unverändert. Mittags Erbrechen, Appetit sehr schlecht. Leicht benommen. Nackensteifigkeit und Kernig mittleren Grades, Leib eingezogen. Wie-

derholung der Dispargeninjektion (5 ccm), endolumbal und intravenös. Liquorbefund unverändert (mikroskopisch und kulturell steril), nur ist die früher negative Wassermannreaktion jetzt stark positiv (++++) bei 0,25. Abends geht es Patient besser. Temperatur 37,8. Er schläft viel.

7. Mai. Keine Änderung. Nackensteifigkeit und Kernig heute etwas schwächer. Mittags endolumbal 5 ccm Dispargen nach vorheriger Durchspülung des Lumbalkanals mit Ringerscher Löung, d. h. der trübe Liquor, der sich unter starkem Druck entleert, wird weggegossen und durch die gleiche Menge Ringerscher Kochsalzlösung ersetzt. Ebenso intravenös 5 ccm Dispargen. Liquorbefund unverändert (Wassermannreaktion nicht gemacht). Temperatur mittags 36,5 und abends 38,2.

8. Mai. Fühlt sich heute bedeutend wohler, klagt nur noch über dumpfes Gefühl im Kopfe. Nackensteifigkeit und Kernig nur noch andeutungsweise. Temperatur mittags nur 37,0. Mittags im Chloräthylrausch Ablassen und Wegschütten von 90 ccm Liquor, der unter starkem Druck abfließt. Danach werden 90 ccm Ringerscher Lösung einlaufen gelassen und wieder abgelassen. Dieses wird noch zweimal wiederholt. Beim dritten Male ist die Flüssigkeit ziemlich klar, es wird 5 ccm Dispargen zugesetzt und dann die 90 ccm wieder einlaufen gelassen. Am Schluß des Ablassens, wenn etwa 80 ccm heraus sind, treten starke Kopfschmerzen auf, trotz des Chloräthylrausches. Intravenös wird kein Dispargen gegeben. Abends Temperaturaufstieg auf 38,8, nachts Abfall auf 36,5. Der Liquorbefund ist unverändert (starke Trübung, starke Leukozytose, mikroskopisch und kulturell steril).

9. Mai. Temperatur 37,4 und 37,6. Puls gut. Fühlt sich ganz wohl, nur noch etwas dösig im Kopfe. Kernig, Nackensteifigkeit nur noch angedeutet. Klagt plötzlich heute über Sehstörungen, Flimmern vor den Augen, Doppelbilder. Gegen abend Besserung dieser Störungen. Schläft noch viel, nachts etwas unruhig.

10. Mai. Weiter subjektive Besserung. Temperatur 37,0 bis 38,2. Die Sehstörungen sind gänzlich verschwunden. Sonstiger Zustand unverändert.

11. Mai. Lumbalpunktion: Druck gesteigert. Liquor nur noch etwas trübe. Globulinreaktion: Opaleszenz bis Trübung, noch zahlreiche Leukozyten. Mikroskopisch keine Bakterien, kulturell uncharakteristische Kokken, die als Verunreinigung anzusehen sind. Temperatur 37,6 bis 38,0. Sonstiger Befund unverändert.

12. Mai. Temperatur abends wieder 38,4. Kernig und Nackensteife etwas vorhanden. Sonstiger Befund unverändert.

13. Mai. Zustand objektiv unverändert, macht eher einen etwas kränkeren Eindruck als an den vorhergehenden Tagen. Lumbalpunktion: Druck gesteigert, Liquor etwas trübe. Globulinreaktion: Trübung. Zahlreiche Leukozyten. Liquor kulturell und mikroskopisch steril. Wassermannreaktion bei 0,5 +++.

14. Mai. Wieder besseres Befinden. Sonst unverändert. Temperatur immer noch zwischen 37,4 und 38,0.

15. Mai. Abends Temperaturanstieg auf 38,7, dabei gutes Allgemeinbefinden und keine objektive Änderung des Zustandes.

16. Mai. Abends Temperatur 37,9. Kernig und Nackensteife noch angedeutet. Gutes Allgemeinbefinden.

In den folgenden Tagen tritt keine Temperatursteigerung mehr auf. Der Gesamtzustand bessert sich immer mehr. Am 21. Mai ist Kernig noch andeutungsweise vorhanden, aber keine Nackensteifigkeit mehr. Beim Aufstehen, das vom 21. Mai ab stundenweise geschieht, zeigt sich immer eine Pulsbeschleunigung zwischen 100 bis 120 bis zum 15. Juni, wo auch diese verschwindet.

27. Mai. Lumbalpunktion: Druck 200 mm, Liquor noch ein wenig getrübt, Globulinreaktion. Opaleszenz bis Trübung, etwa 1100 Zellen in der Kammer, Leukozyten und Lymphozyten. Wassermannreaktion negativ.

20. Juni. Lumbalpunktion: Druck 230 mm, Liquor noch etwas trübe. Globulinreaktion: Trübung. Noch zahlreiche Leukozyten, mikroskopisch und kulturell steril.

18. Juli. Lumbalpunktion: Druck normal, Liquor klar. Globulinreaktion: Opaleszenz. 42 Lymphozyten, kleine und große Formen, meist kleine, außerdem zwei mehrkernige Leukozyten. Wassermann negativ.

Soll demnächst beschwerdefrei als av. zur Genesendenkompagnie entlassen werden.

Zu den Krankengeschichten ist zu bemerken, daß die beiden Kranken, als sie zu der letzten endolumbalen Behandlung ins Lazarett kamen, keine besonderen Beschwerden hatten, sich wie sonst ganz wohl fühlten. Die Behandlung verlief, wie gewöhnlich, ohne besondere Störungen, der eine Kranke (J.) hatte wie immer etwas stärkere Kopfschmerzen beim Liquorabfluß, der andere klagte wie sonst nur über geringe Kopfschmerzen. An demselben Vormittage wurden außer diesen beiden Kranken noch neun andere endolumbal behandelt. Es wurden zwei Ampullen Salvarsannatrium benutzt. Wie immer, wenn mehrere Patienten (über sechs) behandelt werden, wurde das erste in Kochsalzlösung angesetzte Salvarsannatrium nur für die ersten sechs Patienten gebraucht, dann der Rest weggegossen und eine neue Lösung benutzt, damit nicht etwa durch zu langes Stehen zersetztes Salvarsan zur Anwendung kam. Mit der zweiten, also noch ganz frischen, Salvarsanlösung wurden außer den beiden Patienten V. und J. noch drei andere behandelt. Einer von diesen (Lues cerebri) hatte am zweiten Tage nach der Behandlung ebenfalls starke Beschwerden (Kopfschmerzen, Erbrechen, Reißen in den Beinen), Temperatursteigerung bis 39 Grad und Andeutung von Kernig und Nackensteifigkeit. Diese Symptome verschwanden aber bei Bettruhe ohne weitere Behandlung am vierten Tage.

Der vierte mit der gleichen Salvarsanlösung behandelte Kranke, der an Lues cerebri litt, hatte keine besonderen Störungen gehabt, ebenso der fünfte, ein Paralytiker.

Von den an demselben Tage mit der ersten Lösung behandelten Kranken hatte niemand ungewöhnliche Komplikationen nach der Behandlung gezeigt, nur einer hatte am zweiten Tage noch etwas erhöhte Temperatur.

Als am Tage nach der Behandlung die ersten klinischen Erscheinungen der Meningitis bei den Patienten V. und J. auftraten und bei der Lumbalpunktion trüber Liquor mit zahlreichen Leukozyten gefunden wurde, zweifelte ich zunächst nicht daran, daß es sich um eine artefizielle durch Bakterieninfektion verursachte eitrige Meningitis handeln würde, die durch einen Fehler der Asepsis verursacht sein mußte. Da die Behandlung wie immer unter sorgfältigster Beachtung aller aseptischen Kautelen stattgefunden hatte, und sich auch bei genauer Rekapitulation der Einzelheiten der Behandlung an den betreffenden Tagen kein Fehler nachträglich feststellen ließ, blieb die eigentliche Ursache der Erkrankung zunächst unklar. Es wurde jedoch in der Annahme einer bakteriellen Eiterung Dispargen endolumbal und intravenös gegeben, sowie per os Hexametylentetramin. An der Möglichkeit einer bakteriellen Infektion wurde auch trotz des negativen Ergebnisses der bakteriologischen Untersuchung in den nächsten Tagen noch festgehalten und daher weiter Dispargen und Hexametylentetramin gegeben. Gleichzeitig wurde aber auch schon daran gedacht, daß es sich um die toxische Wirkung des Salvarsans handeln könnte, daß das angewandte Salvarsanpräparat irgendwie verändert oder zersetzt gewesen sein könnte, obwohl bei der Auflösung und dem Zusetzen desselben zum Liquor nichts Verdächtiges beobachtet worden war. Um nach Möglichkeit die eventuellen Reste des Salvarsans aus dem Lumbalsacke zu entfernen, wurde die in der Krankengeschichte näher beschriebene Spülung mit der Ringerschen Kochsalzlösung vorgenommen. Dabei war auch die Erwägung mitbestimmend, daß, falls es sich um eine bakterielle Eiterung handeln sollte, es zweckmäßig erschien, durch Spülung möglichst viel des infektiösen Materials aus dem Lumbalsack zu entfernen und damit zu versuchen, vielleicht doch noch die an sich absolut ungünstige Prognose zu bessern. Ich habe die Spülung des Lumbalkanals mit Kochsalzlösung schon wiederholt bei purulenter Meningitis (Streptokokken, Pneumokokken) und auch bei tuberkulöser und Meningokokkenmeningitis versucht, ohne den letalen Ausgang dadurch verhindern zu können. Auch die Injektion von Dispargen in den Lumbalkanal hat in derartigen Fällen nichts genützt. Gewöhnliche physiologische Kochsalzlösung ist für die Spülung des Lumbalsackes ungeeignet, weil sie offenbar nicht isotonisch ist und sehr starke Schmerzen hervorruft, was bei der Verwendung der Ringerschen Lösung nicht der Fall ist. Nachdem sich bei der ersten Spülung gezeigt hatte, daß sie gut vertragen wurde, erschien es zweckmäßig, weiterhin die Technik anzuwenden, wie sie bei der endolumbalen Behandlung üblich ist, d. h. möglichst viel des trüben Liquors in die endolumbale Behandlungsbürette ablaufen zu lassen, den Liquor dann auszugießen und die gleiche Menge der Ringerschen Lösung in die Bürette zu tun und einlaufen zu lassen. Diese Prozedur wurde in einer Sitzung mehrmals wiederholt, bis die abfließende Flüssigkeit klar war. Dann wurde vor dem Einlaufen der letzten Portion der Ringerschen Lösung 5 ccm Dispargen zugesetzt. Es sollte damit erreicht werden, daß das Dispargen möglichst hoch hinauf überall an die Meningen gelangt. Bei der gewöhnlichen Anwendung des Dispargens durch endolumbale Injektion mit der Spritze kommt das Dispargen nur bis in die hintere Schädelgrube, bedeckt dort oft nur den hinteren Pol des Kleinhirns, zuweilen aber auch das ganze Kleinhirn, wie ich bei mehreren Obduktionen von derartig behandelten Meningitisfällen feststellen konnte. (Man kann das Ausbreitungsgebiet des Dispargens leicht an der bräunlichen Färbung der von ihm bedeckten Organe erkennen.) Ob durch die in den beiden erwähnten Fällen angewandte Methode das Dispargen tatsächlich weiter hinauf kommt, vielleicht bis zur Konvexität des Gehirns, läßt sich nicht mit voller Sicherheit sagen, da Obduktionsbefunde darüber nicht vorliegen, es ist aber anzunehmen, daß, wenn man 90 ccm Liquor mit einem Medikament versetzt in den Lumbalsack einlaufen läßt, dann die Patienten mit tiefgelagertem Kopfe liegen läßt, daß dann das Medikament doch mit dem sich überallhin verteilenden Liquor auch wesentlich ausgedehntere Gebiete des Gehirns erreicht als das mit der Injektionsmethode möglich ist; jedenfalls erscheint die sofortige Verteilung des Medikamentes im ganzen Liquor bei der Infusionsmethode zweckmäßiger als die Injektionsmethode.

Bezüglich der Beurteilung der mitgeteilten Krankheitsfälle ist das folgende zu sagen: Nach dem dauernd völlig negativen Ausfall der bakteriologischen Untersuchung des Liquors und nach dem ganzen Verlauf der Erkrankung hat es sich zweifellos nicht um eine bakterielle Infektion des Liquors gehandelt, sondern um eine Salvarsanschädigung der Meningen. Aus irgendeinem Grunde ist das ange-

wandte Salvarsanpräparat nicht einwandsfrei gewesen und hat eine bisher nicht beobachtete toxische Wirkung auf die Hirnhäute ausgeübt, die mit einer intensiven Leukozytose auf diese Schädigung reagierten. Eine befriedigende Erklärung für die Tatsache, daß die anderen mit demselben Präparat behandelten Patienten nicht in derselben Weise erkrankten, läßt sich nicht geben. Die Dosierung war bei den beiden Fällen nicht höher als bei den anderen. Vielleicht kann man annehmen, daß die Meningen der beiden Patienten besonders vulnerabel waren, aber weshalb sie das waren, läßt sich nicht sagen, jedenfalls geben die bei ihnen vorhandenen klinischen Symptome keinen Anhaltspunkt in dieser Richtung.

Ob durch die angewandten Behandlungsmethoden die Heilung erzielt wurde, oder ob sie auch ohne dieselben eingetreten wäre, möchte ich nicht mit Sicherheit entscheiden, ich bin aber überzeugt, daß die Spülung des Lumbalsackes und das Ersetzen des Liquors durch Ringersche Lösung die Heilung zum mindesten in wesentlichem Grade gefördert hat, und ich werde diese Behandlung in ähnlichen Fällen jedenfalls wieder anwenden, und zwar noch frühzeitiger und energischer als diesmal. Dem Dispargen kann ich nach meinen bisherigen Erfahrungen keine wesentliche Bedeutung beilegen, aber auch noch nicht abschließend darüber urteilen; es müssen in dieser Beziehung mehr Erfahrungen abgewartet werden. Da die erwähnte Spülung des Lumbalsackes mit Ringerscher Kochsalzlösung bei der nötigen Vorsicht und Asepsis unschädlich ist, kann sie unbedenklich empfohlen werden und vielleicht auch in anderen Fällen von Meningitis, insbesondere bakteriell bedingter, günstig wirken.

Ein interessanter Befund, der bei den beiden Fällen beobachtet wurde, bedarf noch näherer Erörterung, nämlich das Verhalten der Wassermannreaktion im Liquor. Besonders lehrreich ist das bei dem Fall J., wo die Wassermannreaktion im Liquor mehrfach bis zum Schluß der Erkrankung angestellt werden konnte. Der vor der letzten endolumbalen Behandlung völlig negative Liquor-Wassermann wurde mit dem Einsetzen der Meningitis plötzlich stark positiv, blieb positiv auf der Höhe der Erkrankung und wurde wieder negativ, als die Meningitiserscheinungen zurückgingen, und zwar trat das Negativwerden schon ein, als der Liquor noch etwas trübe und die Zellzahl noch stark vermehrt war. Das Verhalten des Liquors spricht sehr für die Auffassung Wassermanns, nach der die positive Wassermannreaktion abhängig ist von den Liquorzellen. Wassermann nimmt an, daß die die Wassermannreaktion bedingenden Reagine sich in den Zellen des Liquors befinden, daß sie durch den stets stattfindenden Zellzerfall frei werden und dann den positiven Liquorwassermann ergeben. In unseren Fällen wäre demnach anzunehmen, daß durch das massenhafte Auftreten von Zellen und deren Zerfall große Mengen von Reaginen in den Liquor gelangten und den vorher gänzlich negativen Wassermann in eine stark positive Reaktion verwandelten. Da die Zellvermehrung im wesentlichen in Leukozyten bestand, die Lymphozytenvermehrung demgegenüber ganz zurücktrat, müßten die Wassermannreagine vorwiegend aus den Leukozyten und demgemäß aus dem Blute stammen. Damit würde übereinstimmen die Beobachtung, daß mit der Abnahme der Leukozyten die Wassermannreaktion wieder negativ wurde und daß — jedenfalls in dem Falle J. — die Wassermannreaktion im Blute immer positiv geblieben ist. Demnach hätte man sich den Vorgang so zu denken, daß durch die toxische Wirkung des irgendwie zersetzten Salvarsans die Meningen mehr oder weniger geschädigt, jedenfalls aber stark gereizt und in einen Zustand der Entzündung versetzt wurden, dabei massenhaft aus dem wassermannpositiven Blute stammende Leukozyten absonderten, die ihrerseits zerfallend ihre eigentlich dem Blute angehörigen Wassermannreagine in den Liquor übertrugen und so dort auch eine positive Wassermannreaktion erzeugten. Es handelt sich also nicht um eine Provokation, um ein Manifestwerden eines latenten Liquor-Wassermann, sondern nur um das durch den meningealen Entzündungsprozeß (stärkere Durchblutung, größere Permeabilität der Meningen) bedingte Erscheinen eines positiven Blut-Wassermann im wassermannnegativen Liquor. Für diese Auffassung spricht auch die Tatsache, daß ohne jede weitere spezifische Behandlung die Wassermannreaktion im Liquor wieder negativ geworden ist. Diese Ausführungen über das Verhalten der Wassermannreaktion mögen vorläufig genügen, im Rahmen dieses Aufsatzes soll auf die Frage nicht weiter eingegangen werden.

Die mitgeteilten Beobachtungen lehren also im wesentlichen, daß bei der endolumbalen Salvarsanbehandlung durch die toxische Wirkung des Salvarsans eine sterile eitrige Meningitis vorkommen kann, die eine günstige Prognose hat, daß man dabei zweckmäßigerweise den Lumbalsack ausgiebig mit Ringerscher Kochsalzlösung spült, was gut vertragen wird, und daß infolge des Entzündungsprozesses der Meningen eine negative Wassermannreaktion im Liquor vorübergehend positiv werden kann, wobei zu bedenken ist, daß das eigentlich keine Liquorreaktion, sondern eine im Liquor erscheinende Blutreaktion ist, die nach Abheilung der Entzündung verschwindet.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie.

XV. Folge.

(Fortsetzung.)

§ 6 Nr. 1 BGB.

.... 2. In der Sache selbst hat sich das BG. unter den voneinander abweichenden ärztlichen Gutachten demjenigen des Geheimrats Dr. Sch. angeschlossen. Nach dem Grundsatz freier Beweiswürdigung ist dies nach § 286 ZPO. nicht zu beanstanden. Nur meint die Revision, es hätte der Sachverständige über den Geisteszustand gehört. Damit ist den von der Revision als verletzt bezeichneten Vorschriften des § 654 Abs. 1, 2, der §§ 655, 671 Abs. 1 ZPO. Genüge getan. Darüber aber, daß jeder Sachverständige, der den Geisteszustand des zu Entmündigenden begutachtet, diesen vorher untersucht haben müsse, besteht keine Prozeßvorschrift. 3. Die Re-

Sch. sein Gutachten nicht lediglich auf den Akteninhalt hin erstatten dürfen, sondern hätte den Kläger zuvor persönlich untersuchen müssen. Diese Rüge trifft nicht zu. Der Kläger ist im Verfahren über die Anfechtungsklage persönlich vernommen worden, und zwar vor dem LG. unter Zuziehung des Sanitätsrates Dr. Schn. und vor dem BG. unter Zuziehung des Kreisarztes Dr. B. Beide Vorinstanzen haben auch, bevor sie die Entmündigung des Klägers aufrechterhalten haben, Sachverständige

vision rügt jedoch mit Recht, daß das BG. eine eigene selbständige und ausreichende Begründung vermissen läßt, auf die hin eine Geistesschwäche des Klägers im Sinne des § 6 Nr. 1 BGB. festgestellt werden konnte. Das Gutachten Sch.s, das sich das BG. zu eigen macht, bietet in seinen Ausführungen, soweit sie auf dem ärztlichen Gebiet liegen, keine genügende Unterlage, um daraufhin rechtlich einwandfrei bei dem Kläger Geistesschwäche anzunehmen. Im Rechtssinne beruht die Geistes-

schwäche ebenso wie die im § 6 Nr. 1 BGB. angeführte Geisteskrankheit auf einer Störung der Geistestätigkeit, nur mit dem Gradunterschiede, daß die Geistesschwäche als die leichtere Form schon vorliegt, wenn die geistigen Kräfte mangelhaft und unvollkommen entwickelt sind, ohne daß dies gerade durch eine geistige Erkrankung im eigentlichen Sinne verursacht sein muß (folgt Aufzählung der früheren darauf bezüglichen Urteile des RG.s). Immerhin müssen dem Geisteszustande des zu Entmündigenden selber Merkmale klinisch-medizinischer Art anhaften, auf die die Geistesschwäche zurückzuführen ist und durch die sie als eine anormale Geistesbeschaffenheit gekennzeichnet wird. Ob in diesem Sinne Geistesschwäche besteht, ist eine wesentlich auf ärztlichem Gebiete zu lösende Frage, über die der Richter nach Vorschrift der §§ 655, 671 ZPO. erst nach Anhörung von Sachverständigen entscheiden soll. Erst wenn das Gericht auf derartige ärztlich befundene Merkmale eine Geistesschwäche festzustellen vermag, wobei es nicht darauf ankommt, die als Geistesschwäche aufgefaßte geistige Anomalie mit einer psychiatrisch-technischen Bezeichnung zu belegen, kann nach § 6 Nr. 1 BGB. der weiteren, rein rechtlichen Frage nähergetreten werden, ob der zu Entmündigende infolge von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag. Daß diese im Gesetz getroffene Scheidung zwischen Geistesschwäche als Voraussetzung und Ursache einerseits und Unfähigkeit zur Besorgung der Angelegenheiten als Folge und Wirkung der Geistesschwäche andererseits im Berufungsurteil und in dem Gutachten Sch., dessen Inhalt das BG. ohne weiteres zur Begründung seines Urteils übernommen hat, innegehalten worden ist, kann nicht anerkannt werden. Denn der Sachverständige hat sich enthalten, die Vorfrage der Geistesschwäche unter ausschlaggebenden ärztlichen Gesichtspunkten zu prüfen, wenn er, wie seine Ausführungen verstanden werden müssen, annimmt, nach § 6 Nr. 1 BGB. „brauche von einer Geistesschwäche im klinischen Sinne keine Rede zu sein, um die Berechtigung einer Entmündigung darzutun". Keinesfalls kann aber die Vorfrage der Geistesschwäche schon daraufhin bejaht werden, wenn, wie der Sachverständige zu meinen scheint, der zu Entmündigende derart zur Besorgung seiner Angelegenheiten unfähig erscheint, daß über ihn die mildere Entmündigung mit der Folge der beschränkten Geschäftsfähigkeit verhängt werden müsse, um ihn vor Schaden zu bewahren. Denn damit würde die Unfähigkeit zur Besorgung der Angelegenheiten, die nach dem Gesetz nur als Folge der Geistesschwäche in Betracht kommt, als unmittelbares Merkmal der Geistesschwäche aufgestellt und gewissermaßen sogar als die eigentliche Voraussetzung der Entmündigung zugelassen. Allerdings bleibt es dem Sachverständigen unbenommen, ob und wieweit er aus dem geschäftlichen Gebaren und der gesamten Lebensführung des zu Entmündigenden mittelbar Rückschlüsse auf eine Geistesanomalie im medizinischen Sinne ziehen will. . . . . (M. w. Staatsanwaltschaft, Urteil v. 14. Juli 1917. 64/17 IV.) Jur. Woch. 1917 Nr. 14.

§ 104 Ziff. 2 BGB.

Rechtsverkehr mit nicht erkennbar Geisteskranken.

Geschäftsunfähig ist nach § 104 Ziff. 2 BGB., „wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist", ferner nach Ziff. 3, „wer wegen Geisteskrankheit entmündigt ist".

Das Gesetz knüpft in beiden Fällen die Rechtsfolge der Geschäftsunfähigkeit nicht an die bloße Tatsache der geistigen Erkrankung, ebensowenig, wie der dritte Fall der Geschäftsunfähigkeit in § 104 Ziff. 1 aus der geistigen Beschaffenheit des Minderjährigen allein sich ergibt, es müsse vielmehr je noch ein weiteres hinzukommen: die von der des Normalen abweichende geistige Verfassung muß in die äußere Erscheinung treten. Es muß der Minderjährige unter sieben Jahren sein, seine geistige Unreife muß durch die durch das Alter bedingte körperliche Beschaffenheit erkenntlich sein; im Fall der Ziff. 3 muß der Kranke entmündigt sein, was wieder nach § 6 BGB. zur Voraussetzung hat, daß das Leiden dadurch in Erscheinung tritt, daß der Kranke seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag; im Falle der Ziff. 2 aber muß die krankhafte Störung der Geistestätigkeit den Ausschluß der freien Willensbestimmung verursachen und so in die äußere Erscheinung treten.

Das Gericht ist der Überzeugung, daß P. im Jahre 1905 geisteskrank gewesen ist, daß er an progressiver Paralyse auf Grund einer im Jahre 1895 akquirierten Lues litt. In welchem Jahre die Krankheit begonnen — die Sachverständigengutachten divergieren hier —, mag dahingestellt bleiben. Denn P. ist im Jahre 1905, trotzdem er an Paralyse litt, nicht geschäftsunfähig gewesen. Das Gericht vermag den Gutachten in der Frage, ob die Erkrankung die freie Willensbestimmung ausschloß, nicht zu folgen: „Da es sich hierbei um eine wesentlich tatsächliche Frage handelt, kann von

einer Gebundenheit des Richters an den ärztlichen Ausspruch keine Rede sein" (vgl. RGR. Kom.. 2. Aufl., zu § 104 Anm. 4; Jur. Wochenschr. 1905 167).

Bei der Prüfung der Frage, ob Geschäftsunfähigkeit wegen Geisteskrankheit vorliegt, hat der Richter vielmehr „namentlich auch die Erscheinungen der Störung, wie sie sich im Verkehrsleben zeigen, zu berücksichtigen" (vgl. RGR. Kom. a. a. O.).

Es ist nicht an dem, daß, wie der Sachverständige, Hofrat Dr. B., sagt, „ein Paralytiker unter allen Umständen als geisteskrank zu betrachten" ist. So ist es anerkanntes Recht (vgl. Staudinger, 7.-8. Aufl., zu § 104 Anm. 4 c), daß der Geisteskranke während lichter Augenblicke geschäftsfähig ist, also auch der Paralytiker während der oft lange Zeit dauernden Remissionen, in denen die Krankheit fortbesteht.

Es ist vielmehr davon auszugehen, daß ein anderes ist die Geisteskrankheit im psychiatrischen Sinne, ein anderes die — Geschäftsunfähigkeit bewirkende — Geisteskrankheit im Rechtssinne, im Sinn des § 104 Ziff. 2. Für den Rechtsverkehr kann als geisteskrank nur der erkennbar Kranke in Betracht kommen (vgl. Homburger im BankA. 10. 369).

Prüft man nun die Erscheinungen der Erkrankung, die im Verkehrsleben hervortreten, und faßt man (mit Staudinger, 7.-8. Aufl., zu § 104 Anm. 4 d) den Begriff der freien Willensbestimmung auf als die „normale Willensbestimmung, welche erfolgt auf Grund richtiger Erfassung der Erscheinungen der Außenwelt und vernünftiger Überlegung", so muß man zu dem Schluß kommen, daß im Jahre 1905 bei P. die freie Willensbestimmung nicht ausgeschlossen war.

P. hat — die Klägerin gibt das zu — in jener Zeit noch große Grundstückstransaktionen vorgenommen, Grundbuchrichter und Notare haben seine Erklärungen beurkundet, ohne ihn als geisteskrank zu erkennen. Die mannigfaltigen und schwierigen Geschäftstätigkeiten eines Grundstücksspekulanten und Bauunternehmers erfordern die Fähigkeit, seinen Willen wie ein normaler Mensch bestimmen zu können. Wenn P. dabei Verluste erlitten hat, so teilt er dieses Schicksal mit einer Unzahl Bauunternehmer, die um ihr Vermögen kommen, ohne geisteskrank zu sein. Waren aber manche seiner Geschäfte unsinnig und riskant, so ist dies nicht auf die Geisteskrankheit zurückzuführen, sondern es entsprach dies vollständig dem Wesen des P. (wird näher ausgeführt).

Alles dies ergibt, daß P. im Jahre 1905 seinen Willen wie ein gesunder Mensch bestimmen konnte und daß auch seine Entschließungen, soweit sie unsinnig waren, nicht auf die Geisteskrankheit zurückzuführen sind, sondern für ihn normale, von der geistigen Störung unbeeinflußte, seinem Wesen entsprechende waren. Die Krankheit selbst ist **nicht in die äußere Erscheinung getreten**, hat sich nicht in irgend erheblicher Weise im Verkehrsleben gezeigt.

Nach alledem kam das Gericht zur Überzeugung, daß P. nicht in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit die Bürgschaftserklärung und die Hypothekenpfändung betätigte. (LG. Nürnberg, Urt. v. 27. Nov. 1913, A. 29/1912.)

Mitgeteilt vom Rechtspraktikant R. Held, Nürnberg, in Jur. Wochenschr. 1916 Nr. 19, vgl. dieselbe Wochenschr. 1915, 570, Reichsgerichtsentscheidung.

(Schluß folgt.)

Wirtschaftliches.

Unser Kriegsbrot

betitelt sich eine Schrift von Dr. M. P. Neumann, Direktor der Versuchsanstalt für Getreideverarbeitung (Berlin 1917, Verlag P. Ollech, Steglitz, 75 Seiten, Preis 2,50 M), mit deren Inhalt sich jedes Krankenhaus näher vertraut machen sollte, weshalb wir hier darauf eingehen. Neumann ist der Ansicht, daß mit der jetzigen Auswertung des Getreides ein Zustand von längerer Dauer erreicht sein dürfte und das Kriegsbrot der gegenwärtigen Beschaffenheit wohl auch noch für die erste Zeit nach dem Kriege wird beibehalten werden. Das Haushalten mit gegebenen Vorräten ist auf die Beschaffenheit des Kriegsbrots von erheblichem Einfluß, denn es bedeutet auch **Gesunderhaltung der Vorräte** bis zur Zeit des Verbrauchs. Das deutsche Brotkorn ist in den kleinen Einzellagern beim Landwirt, der **sein** Getreide kennt und richtig behandelt, am besten aufgehoben. Er versteht am besten und hat selbst das größte Interesse, den Erlös schwerster Jahresarbeit, meist eigener Hände Arbeit, vor Verderben zu bewahren. Das Brotgetreide eignet sich nicht zu Massenspeicherung. Der deutsche Getreidemarkt war fast frei von schlechtem Getreide, und auch jetzt im Kriege sind nennenswerte Mengen schlechten Getreides durch den **Landwirt** nicht angeliefert worden; die Vollwertigkeit des deutschen Getreides hat nicht zuletzt durch die Arbeiten der Berliner Versuchsanstalt für Getreideverarbeitung allgemeine Anerkennung gefunden. Nur Massenlagerung kann dem Getreide abträglich werden, wenn sie nicht sorgfältigst durchgeführt wird; und das ist selbst bei großen Trocknungsanlagen sehr schwierig. Deshalb soll man es eben, soweit es die

Verhältnisse gestatten, beim Landwirt belassen. — Neumann erinnert daran, daß schon in Friedenszeiten ein aus dem ganzen Getreidekorn hergestelltes Brot, als Schrotbrot und im Pumpernickel, im Gebrauch war, Beweis, daß das ganze Korn, entsprechend zerkleinert, zur menschlichen Ernährung geeignet ist; technisch stehen keine Schwierigkeiten entgegen. Die Entkeimung des Getreides beim Mahlprozeß hat eine untergeordnete Bedeutung. — Vor dem Kriege ist eine ausgesprochene Verschwendung mit Gebäck getrieben worden; wir müssen die Achtung vor dem Brot mit in den Frieden hinüber nehmen. Neumann erläutert die Ansprüche, welche an die Beschaffenheit von Roggenmehl und -brot, von Weizenmehl und Ersatzstoffen gestellt werden müssen und geht auf die technischen Einzelheiten bei Untersuchung und Herstellung, die im Original nachzulesen sind, näher ein. Die frühere Bevorzugung des Weizenbrotes ist nur zum Teil auf die stoffliche Zusammensetzung des Weizens, viel mehr auf die Art der Bereitung des Weizenbrotes, besonders mit Hefe, zurückzuführen. Die Lagerung muß beim Weizenmehl noch viel sorgfältiger sein als beim Roggen, und die Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen sollte mit aller Strenge durchgesetzt werden. Es werden besprochen: das Roggenweizen- und Weizenroggenbrot, das Gersten-, Hafer-, Buchweizen-, Hirse-, Mais-, Reis-, Bohnen-, Erbsen-, Sojabohnen- und Lupinenbrot, Kartoffelbrot, Rübenbrot usw. — Leitsätze beschließen die höchst nützliche Schrift. Es wird dabei empfohlen, verdächtige Mehle in oben genannte Anstalt, Berlin N. 65, einzusenden. B.

— **Wie machen wir unsere Schweinezüchterei wieder rentabel?** Von E. Mühlenbein, Rittergutsbesitzer, Unterkalenzig bei Heinrichsdorf, Bez. Köslin. Mit 17 Abbildungen. Selbstverlag des Herausgebers. 2,00 M. Bericht über die Erfolge der Schweinezucht im Freien (auch im Winter) im Gegensatz zur künstlichen Stallaufzucht; die Vorteile fordern durchaus zur Nachahmung auf, die Schrift sei allen Landwirten bestens empfohlen. Bresler.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. **Nr. 29/30. 1918/19.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 29/30. 26. Oktober **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

(Aus dem Reservelazarett Ahrweiler. Chefarzt: Stabsarzt Dr. Kriese. Station von Ehrenwall.)

Dienstverweigerung aus religiösen Gründen und ihre gerichtsärztliche Beurteilung.

Von Dr. **S. Loeb,** Oberarzt d. L., ordin. Arzt.

Es erscheint fast auffallend, daß wir in diesem Weltkriege so wenig von Dienstverweigerung aus religiösen Gründen gehört haben. Die großen religiösen Gemeinschaften gestatten allerdings ihren Gläubigen nicht nur die Ausübung des Kriegsdienstes, sondern stellen sich bei allen kriegführenden Völkern ganz in den Dienst der nationalen Sache. Dagegen gibt es eine ganze Reihe von Sekten, die ihren Anhängern den Kriegsdienst verbieten. Angeführt seien z. B. die Mennoniten oder Taufgesinnten, deren es in Deutschland noch etwa 15 000 geben soll (Hauptlehren: Taufe frühestens mit 14 Jahren, Verwerfen des Eidschwurs, des Krieges und jeder Art von Rache; Ehescheidung nur im Falle des Ehebruchs). In Friedenszeiten waren sie von der Leistung des Fahneneides entbunden. Die Adventisten vom siebten Tage (Hauptlehren: Wiederkunft Christi steht nahe bevor, Feier des jüdischen Sabbaths, strenge Mäßigkeit, bedingtes Kriegsverbot). In außerdeutschen Staaten gibt es noch mehr derartiger Sekten, z. B. die Quäker und Tunker in Amerika, die Collegianten hauptsächlich in Holland.

Vor dem Kriege weist die Literatur nur sehr wenig hierher gehörige Fälle auf. Ich persönlich erinnere mich eines Falles, den Ziehen in seinem Kolleg 1910 vorstellte. Ein Adventist vom siebten Tage weigerte im Wiederholungsfalle, am Sonnabend Dienst zu tun. Grund zur Annahme einer Geistesstörung im Sinne des § 51 StGB. bestand bei dem bibelfesten jungen Manne nicht. Trotz des verhältnismäßig seltenen Vorkommens hat sich der moderne Staat noch besonders gegen Gesetzwidrigkeit aus dem angeführten Grunde durch § 48 MStGB. geschützt. Hier heißt es: „Die Strafbarkeit einer Handlung und Unterlassung ist dadurch nicht ausgeschlossen, daß der Täter nach seinem Gewissen oder der Vorschrift seiner Religion sein Verhalten für geboten erachtet."

Während des Krieges verbreitet sich grundlegend über das vorliegende Thema Gaupp in einem militärärztlichen Fortbildungsvortrag[1]) an Hand von elf Fällen. Von diesen gehören allerdings zwei nur symptomatisch in unser Gebiet, da es sich um ausgesprochene Psychosen handelte. Drei Psychopathen werden kürzer erwähnt, der weitaus größte Teil der Arbeit gilt der „Hauptgruppe von sechs Fällen, bei denen das militärische Vergehen als das Produkt schwerer innerer religiöser Kämpfe, als der Ausdruck einer wohlbegründeten und mit tiefem Ernst verteidigten christlich-religiösen Weltanschauung grüblerisch angelegter Naturen betrachtet werden muß".

Außer diesen Fällen von Gaupp sind mir nur zwei Fälle von E. Meyer bekannt geworden, die dieser im Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg am 28. Januar 1918 vorstellte.[2])

Ich selbst habe im März und April 1917 einen Fall beobachtet und begutachtet, über den ich im folgenden berichten will.

Unteroffizier A. Kr., 33 Jahre alt, wurde zur

[1]) Württemb. Medizin. Korr.-Bl. 1918.

[2]) Deutsch. med. Wochenschr. 1918 S. 647.

Beobachtung seines Geisteszustandes eingewiesen. nachdem er sich hartnäckig geweigert hatte, sich impfen zu lassen.

A. Vorgeschichte.

Familiengeschichte belanglos, war selbst immer gesund, nur körperlich stets schwächlich; hatte keine Anfälle, keinen Unfall. Kam in der Schule gut mit, nachher kaufmännischen Beruf erwählt. 1905 bis 1907 aktiv gedient, als Gefreiter abgegangen, bei einer Übung zum Unteroffizier befördert.

Am zweiten Mobilmachungstag eingezogen, wegen allgemeiner Körperschwäche drei Monate entlassen, Ende November 1914 ausgerückt, bis Ende Juni 1915 im Felde gewesen; dann leichten Dienst bei verschiedenen Ersatz-Bataillonen gemacht.

Über seine religiöse Entwicklung befragt, gab Kr. an, als Kind hatte er schon großes Interesse an den Religionsstunden, war ein fleißiger Kirchgänger. Glaubt sich zu erinnern, daß er sich schon als Kind darüber erregte, daß der Lehrer nicht den Sabbath, sondern den Sonntag als den richtigen Ruhetag hinstellte. Während seiner Lehrzeit habe er infolge starker Arbeit keine Zeit gehabt, Liebhabereien nachzugehen. Ein Bruder sei schon länger Adventist und habe ihm ab und zu religiöse Schriften geschickt. 1912 sei er zum erstenmal zu einem Vortrag der Adventisten nach B. gegangen, seitdem sei er regelmäßiger Besucher der Vortragsabende und der Sabbathstunden. Er habe sich dann viel mit Bibellesen und mit der Lektüre der Zeitschrift „Herold der Wahrheit" beschäftigt.

Während des Krieges sei er zunächst noch nicht völlig von der Erkenntnis durchdrungen gewesen und sei deshalb an die Front gegangen. Bei der tieferen Durchdringung durch Gottes Geist könne er das jetzt nicht mehr und könne auch dem Befehl der Vorgesetzten, sich impfen zu lassen, nicht nachkommen. Auf Anfrage teilt das Bürgermeisteramt R. mit, Kr. sei in seinem Berufe sehr rührig und brauchbar, er sei ein strenger Adventist; Samstags habe er stets sein Geschäft geschlossen; er werde nicht müde, seinen Mitmenschen seine Anschauungen klarzulegen; „die Anschauungen des Kr. auf religiösem Gebiete grenzen an Wahnsinn".

Nach dem Tatbericht des 2. Landsturm-Infanterie-Bataillons A. gab Kr. als Grund dafür, daß er sich nicht impfen lasse, an, als Bibelchrist sei es ihm unmöglich, diesem Befehl seiner Vorgesetzten nachzukommen, weil er laut der Bibel nicht ein durch Menschenhände hervorgebrachtes Mittel in sich aufnehmen dürfe, um sich aus eigener Kraft gegen Krankheit zu schützen.

B. Beobachtung.

Kr. ist 33 Jahre alt, 1,59 m groß, 53 kg schwer, von genügendem Kräfte- und Ernährungszustand, blasser Haut- und Gesichtsfarbe. Die lebenswichtigen Organe und das Nervensystem sind nicht nachweisbar verändert.

Der Gesichtsausdruck ist durchaus ruhig, hat aber etwas vergeistigtes, fanatisches. Bei Unterhaltungen über religiöse Fragen spielt oft ein überlegenes Lächeln in seinen Mienen. Die Stimmung erscheint weder krankhaft gehoben noch gedrückt: Kr. ist eher außergewöhnlich gleichmäßig, priesterhaft abgeklärt. Sein äußeres Verhalten war völlig klar, geordnet und zielbewußt, auffällig nur dadurch, daß er bei seinen Kameraden in etwas aufdringlicher Weise für seine Ideen Propaganda zu machen versuchte. Die Nahrung nahm er nicht aus der Lazarettküche, sondern ließ sich aus religiösen Gründen die Speisen von seiner Frau aus R. senden.

Über Ort, Zeit und Umgebung war er völlig orientiert, er hatte keinerlei Krankheitsgefühl; eine Intelligenzstörung konnte mit den üblichen Prüfungsmethoden nicht nachgewiesen werden.

In mehrfachen Unterhaltungen äußert er über seine religiösen Anschauungen zum Teil auf Fragen des Arztes folgendes: Seitdem er Adventist vom siebten Tage sei, habe er eine völlig andere Lebensweise, direkt eine Umwandlung durchgemacht. Er habe das Rauchen aufgegeben, keinen Alkohol zu sich genommen, streng nach jüdischem Ritus gelebt, seit einem Jahr überhaupt kein Fleisch mehr gegessen. Gewürze, wie Pfeffer, Senf und Essig kämen überhaupt nicht in sein Haus. Sein Geschäft halte er am Sabbath geschlossen; Waren verkaufe er nicht mehr wie früher auf Rechnung. sondern nur gegen bar; er verklage niemanden am Gericht. Obwohl er früher heftig gewesen, habe er sich, nachdem er durch den Geist Gottes die Liebe verspürt, vollständig zum Sanftmütigen geändert.

Als Belege für die Notwendigkeit dieser Lebensweise führt Kr. ständig Bibelstellen an, z. B. das Rauchverbot gründet er auf Korinther 3, 16: „Wisset Ihr nicht, daß Ihr Tempel Gottes seid . . ." Hieraus müsse er entnehmen, daß er seinen Leib rein halten müsse; nicht allein, daß Nikotin unrein ist, es ist auch die Verführung zur Lasterhaftigkeit und das ist Sünde. Überlegen fügt er hier an: „Ein Heiland mit einer Pfeife im Munde ist undenkbar." Seine Alkoholabstinenz gründet er auf Jakobi: „Wo es Alkohol gibt, da sitzen die Spötter und mit denen sollen wir nicht Freundschaft halten. Wenn wir mit der Welt Freundschaft halten, leben wir mit

Gott in Feindschaft", und Römer 12, 2 sage: „Stellt euch nicht der Welt gleich."

Den Genuß der unreinen Speisen versage er sich, wie es auch in der Bibel ausdrücklich angegeben sei: „Wir sollen von Paradies zu Paradies kommen; wenn ich Fleisch genieße, muß ich mir gefallen lassen, daß Gott mich in Krankheit fallen läßt" (gibt entsprechende Schriftstellen an).

Er verklage niemand am Gericht, denn Gott sagt: „Es ist nicht christlich, jemand zu verklagen"; er könnte durch falsche Aussagen Sünde tun und er wäre die Veranlassung; „lieber Unrecht leiden als Unrecht tun."

Von der absoluten Wahrheit seiner Anschauungen ist Kr. fest durchdrungen, so fest, daß es ihn dazu drängt, die Botschaft Gottes zu verbreiten und als Missionar in seiner Gegend zu wirken. „Der Geist Gottes in mir wird mir die Kraft dazu geben." Die anderen Religionen seien Irrlehren. Verschiedene religiöse Auffassungen seien einfach unmöglich. Nur ein kleiner Überrest Israels, nämlich die Gemeinde der Adventisten, läßt sich vom wahren Geiste führen, wie es in der Bibel heißt: „Der Weg ist schmal, nur wenige werden ihn wandeln."

Für seine Überzeugung sei er bereit, jedes Opfer zu bringen: „Ich tue nur was Gott sagt, lasse ihn handeln und will nicht wissen, wie die Welt urteilt." Auf die schweren Strafen, die ihm möglicherweise drohen, aufmerksam gemacht, erwidert er: „Ich darf nicht verurteilt werden; sollte ich aber unschuldigerweise eingesperrt werden, so muß ich dies um Christi willen tragen; man muß Gott mehr gehorchen als den Menschen, und wenn man mich für geisteskrank erklären würde, so denke ich wohl an die Folgen, aber wir sind ein abgesondertes Volk und haben mit der Welt nichts gemein. Jak. 4, 4."

Über die Jetztzeit hat Kr. besonders eigenartige Vorstellungen. Mit dem Jahre 1844 habe der Abschnitt „Weltende" begonnen; gerechnet werde die Zeit nach Daniel 8, 14. 2300 Jahre, nachdem der Befehl gegeben wurde, Jerusalem wieder aufzubauen, werde das Heiligtum im Himmel wieder geweiht werden. Weltkrieg, Hunger und Verfolgung der Adventisten seien ebenso sichere Zeichen für den Weltuntergang, als die Vertreibung der Türken aus Europa. Nach Daniel 11, 44 werde der Türke aus Europa vertrieben und auf den Bergen Jerusalems sein Ende finden. Der Anfang dieser Tatsache zeige sich schon dadurch, daß die Türken seit April 1915 ihr Hauptquartier nach Jerusalem verlegt haben![3]) Weil der Welt „die prophetische Gabe" unbekannt sei, achte sie nicht auf die Geschichte der Türken.

Prophetisch fährt er dann fort, „das Bild wird sich im Laufe des Sommers ändern, der europäische Kontingent wird sich nicht mehr bekämpfen, die Waffen werden kurze Zeit ruhen. Wie aus Offenbarung 16, 12 hervorgeht, schließt sich an den Untergang der Türkei das Kommen der gelben Gefahr an, damit der große Kampf am Berge Thabor beginnt, an welchem alle Könige der Welt teilnehmen".

Über Kr. gab ich folgendes

C. Militärärztliche Gutachten

ab.

Ein großer Teil der von Kr. vorgebrachten Gedanken ist nicht als krank zu kennzeichnen, da es sich um Glaubensangelegenheiten handelt.

Viele der Speisegesetze, die Kr. befolgt, werden z. B. von den orthodoxen Juden ebenfalls streng gehalten; andere Lebensgewohnheiten wie Alkoholabstinenz, Enthaltung des Rauchens werden von zahlreichen Menschen durchgeführt.

Nicht in dem Inhalte der von Kr. vorgebrachten Gedanken liegt das Krankhafte, sondern in der Art und Weise, wie er sie begründet. Wenn er z. B. das Rauchverbot auf Korinther 3, 16 (die nähere Ausführung siehe oben) begründet, so kann ihm hierin niemand folgen, ebensowenig versteht man seine Ableitung, daß man kein Fleisch essen dürfe, aus der Bibelstelle: „Gott gab den Israeliten Fleisch; sie aßen und wollten noch mehr, bis sie in Sünde fielen und auch Unreines genossen, so daß ihrer Tausende starben".

Von der Norm abweichend ist auch die fanatische Zähigkeit, mit der Kr. seine religiöse Überzeugung bis ins einzelne durchführt, selbst angesichts der ihm von als wohlwollend erkannten Beratern aufgezeigten Gefahren.

Dieser unbeugsame Sinn ist wohl verwandt mit dem märtyrerhafter Helden, die auch eher für ihre religiöse Überzeugung starben, als daß sie den Verführungen von Menschen nachgaben.

Die Wurzel für dieses Heldentum ist bei Kr. ein als krankhaft zu bezeichnendes, beseligendes Gefühl, daß er im Gegensatz zu fast der ganzen Welt die reine Wahrheit erkannt habe und auserkoren sei, nach ihr zu leben. Nicht nur, daß er Anhänger einer kleinen Sekte wurde, sondern nachdem der weitaus größte Teil dieser Sekte sich infolge der Kriegsereignisse von bisher vertretenen Anschauungen getrennt hatte, hielt er mit wenigen daran fest, daß er „kein Schwert führen" und unbedingt und unter allen Umständen den Sabbath heiligen und den Speisegesetzen treu bleiben müsse.

[3]) Es ist zu beachten, daß die Angaben Frühjahr 1917 gemacht wurden.

Menschen, wie Kr., können eine verschiedene Beurteilung erfahren. Manchen werden sie als noch religiös-orthodox und fanatisch, aber keineswegs als geistig krank erscheinen.

Von der äußersten Grenze dieser Menschenklasse bis zum Paranoiker (Verrückten), dessen wahnhafte Gedankeninhalte sich vorzugsweise auf religiösem Gebiet abspielen, gibt es keine scharfe Grenze. Sogar in der Entwicklung ein und desselben Menschen kann man diesen zu einer Zeit noch zu den Gesunden (religiös Fanatischen) rechnen, zu einer anderen Zeit müßte man denselben schon als geisteskrank im Sinne des § 51 StGB. ansehen.

Wenn ich auch zugebe, daß Kr. sich noch nicht allzuweit von der Grenze des religiös Fanatischen entfernt hat, so stehe ich nicht an, ihn zurzeit als geisteskrank im Sinne des § 51 StGB. zu bezeichnen. Ein Zustand geistiger Störung, durch den die freie Willensbestimmung aufgehoben war, bestand auch schon Anfang März dieses Jahres zur Zeit der dem Kr. zur Last gelegten Tat, der Weigerung sich impfen zu lassen.

(Schluß folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie.

XV. Folge.

(Schluß.)

§ 273 BGB.

Haftung der Stadtgemeinde für den Unfall eines Geisteskranken im städtischen Krankenhause. Nachdem erst kürzlich die Stadt Schwetzingen auf Schadenersatz in Anspruch genommen wurde, weil eine geisteskranke Frau aus dem Fenster des Krankenhauses gestürzt war, hat das Reichsgericht unter dem 27. November 1917 ein gleiches Urteil gegen die Stadt Karlsruhe gefällt. Dort war ein Lokomotivführer wegen Geisteskrankheit in das Krankenhaus eingeliefert, aber in einem unbewachten Augenblick aus dem Fenster gesprungen. Er hatte sich durch den Sprung die Kniescheibe gebrochen, wodurch er nach Heilung der Geisteskrankheit am Wiedereintritt in den Staatsdienst verhindert blieb und auf Schadenersatz in der Höhe der Differenz zwischen seiner Pension und dem andernfalls von ihm erreichten Gehaltssatz klagte. Die Stadt wurde nach § 273 BGB zum Schadenersatz verurteilt, weil sie für das Verschulden der zur Erfüllung ihrer Verbindlichkeit zu einer sorgsamen Überwachung betrauten Personen einzustehen hat. Das Krankenhaus war für die Behandlung eines Geisteskranken weder nach Anlage noch nach Personal genügend eingerichtet, der Kranke lag in einem Saal mit unverschlossener Tür und zu öffnendem Fenster, er wurde nur von einer Schwester bewacht, die gleichzeitig die Aufsicht in verschiedenen Sälen hatte. Der Unfall wäre vermieden worden, wenn der Abteilungsarzt eine entsprechende Beobachtung angeordnet hätte, was nicht geschehen ist. In diesen Umständen wurde eine Verletzung der Vertragspflichten der Stadtgemeinde gefunden und wie angegeben erkannt.

Zeitschr. f. Krankenanstalten 14. Jahrg. Nr. 15-16.

§ 681 ZPO.

Die Sondervorschrift, die § 681 ZPO. für die Entmündigung wegen Trunksucht gibt, daß nämlich das Gericht die Beschlußfassung über die Entmündigung aussetzen kann, wenn Aussicht auf Besserung des zu Entmündigenden besteht, hat keine materiell-rechtliche, sondern nur prozeßrechtliche Bedeutung. Sie bezieht sich überdies, wie ihre Fassung und auch ihre Nichtanführung in § 684 Abs. 4 ergibt, nur auf das der Entmündigung vorausgehende Beschlußverfahren, nicht auch auf das im Falle einer Anfechtung des Entmündigungsbeschlusses nachfolgende Prozeßverfahren. Das Ziel der Anfechtungsklage ist bei der Entmündigung wegen Trunksucht durchaus dasselbe wie bei allen anderen Arten der Entmündigung, nämlich die Bekämpfung der Rechtmäßigkeit des Entmündigungsbeschlusses zur Zeit seines Erlasses, so daß die Anfechtungsklage — im Gegensatz zu der Klage auf Wiederaufhebung der Entmündigung .... auf eine Veränderung der Umstände nach diesem Zeitpunkte nicht gestützt werden kann. .... Tatsachen, die ergeben sollen, daß die Voraussetzungen einer Entmündigung gegenwärtig nicht mehr vorliegen würden, sind für das Anfechtungsverfahren nur insoweit erheblich, als sie den Rückschluß zulassen, daß diese Voraussetzungen beim Entmündigten überhaupt nicht und jedenfalls nicht im Zeitpunkt der Entmündigung vorgelegen haben.... (Reichsgericht, Urt. v. 6. Juli 1916 162/16 IV.)

Jurist. Wochenschr. 1916 Nr. 18.

§ 192 RVO.

Hinsichtlich der Frage, ob eine Krankheit,

die ein Versicherter sich bei einem Selbstmordversuch zugezogen hat, als vorsätzlich herbeigeführt anzusehen ist, hat sich der Senat der bisherigen Rechtsprechung des RVA. auf dem Gebiet der Invalidenversicherung angeschlossen; der Standpunkt des Preußischen Oberverwaltungsgerichts [1]) kann als zutreffend nicht anerkannt werden. Es ist davon auszugehen, daß die Begriffe „Vorsatz" und „Absicht" in der sozialen Versicherung im wesentlichen nicht anders auszulegen sind als auf dem Gebiet des Strafrechts und Bürgerlichen Rechts. Der Selbstmörder weiß und hält sich vor Augen, daß er, um sein Vorhaben zu erreichen, die Unversehrtheit seines Körpers angreifen muß. Wer sich selbst töten will, hat mit Notwendigkeit auch den Vorsatz, sich körperlich zu verletzen. Deshalb hat er auch eine gegebenenfalls nur teilweise Zerstörung oder Beschädigung des Körpers in seine Vorstellung aufgenommen und gewollt, wenngleich der vorgestellte Haupterfolg . . . nicht eingetreten ist. Auch die Rechtsprechung des RG. bewegt sich in derselben Richtung. Da der Selbstmörder stets die Verletzung seines Körpers beabsichtigt, nimmt er diese mithin vorsätzlich vor. Wird er durch die Verletzung krank, so liegt daher eine vorsätzliche Körperverletzung vor, als deren Folge Krankheit eintritt. Das muß zur Anwendung des § 192 Nr. 2 RVO. genügen. (Reichsversicherungsamt, Rev.-Senat, 11. Jan. 1915, II a K. 59/14.)

Jur. Wochenschr. 1916 Nr. 4.

§ 310 RVO.

Die grundsätzliche Frage, ob Trunksucht (chronischer Alkoholismus) eine Krankheit im Sinne der RVO. darstellt, ist für das Gebiet der Reichsversicherung bisher nicht entschieden worden. In wesentlicher Übereinstimmung mit der in der Literatur vertretenen Auffassung (z. B. Hahn, Krankenvers. Anm. 3b zu § 310 RVO.) ist chronischer Alkoholismus von erheblichem Grade als Krankheit im Sinne des Versicherungsgesetzes anzusehen. Krankheit in diesem Sinne ist ein anormaler körperlicher oder geistiger Zustand, dessen Eintritt entweder lediglich die Notwendigkeit der Heilbehandlung des Menschen oder zugleich oder sogar ausschließlich seine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Bei Anwendung dieser Begriffsbestimmung auf die Trunksucht ist davon auszugehen, daß Trunksucht in vorgeschrittenerem Grade auch eine pathologische Erscheinung ist, die sich in Ansehung des körperlichen Zustandes durch eine krankhafte Veränderung innerer Organe (Herz, Leber, Nieren, Magen) und durch eine Schwächung des Nervensystems sowie hinsichtlich des geistigen Zustandes durch eine krankhafte Willensschwäche gegenüber der Neigung zum Alkoholgenuß, durch eine krankhafte Reizbarkeit und sonstige Erscheinungen der Nervenschwäche kennzeichnet. Die Trunksucht in vorgeschrittenem Grade stellt danach eine Krankheit im Sinne des § 182 Nr. 1 RVO. dar. Diese Ansicht entspricht auch der Rechtsprechung des Bundesamts für das Heimatwesen (Entsch. d. Bundesamts Bd. 47 S. 37). (Reichversicherungsamt, Rev.-Senat, 6. Dezember 1915, II a E. 71/15.)

Mitgeteilt in Jur. Wochenschr. 1916 Nr. 13.

§ 1254 RVO.

Der § 1254 Abs. 1 RVO. versagt demjenigen die Invalidenrente, der sich vorsätzlich invalide macht. Das geschieht von dem, der gegen sich eine Handlung begeht, von der er weiß, daß sie seine Invalidität zur Folge haben werde oder könne. Das Bewußtsein hat allerdings derjenige, der sich das Leben nehmen will, nicht oder nur in den seltensten Fällen. Der Große Senat hat jedoch angenommen, daß es bei der Auslegung des § 1254 Abs. 1 nicht so sehr auf die Vorsätzlichkeit bei Herbeiführung der Invalidität als vielmehr auf die Vorsätzlichkeit bei Begehung der Handlung ankommt, welche die Invalidität zur Folge hat. Wer seinem Leben ein Ende machen will, kann dies nur dadurch, daß er irgendwie seinem Körper Schaden zufügt. Die Körperbeschädigung ist zwar nicht sein Endzweck, aber er weiß, daß sie zu dessen Erreichung nötig ist, und begeht also die ihn schädigende Handlung vorsätzlich. Einen Grund zur Abweichung von seiner früheren Ansicht vermochte der Große Senat darin nicht zu erblicken, daß im gegenwärtigen Falle der Kläger nach dem Selbstmordversuch wieder versicherungspflichtig beschäftigt gewesen ist.... (Reichsversicherungsamt, Großer Senat, 2. Dezember 1915, II a 4371/13.)

Jurist. Wochenschr. 1916 Nr. 7.

§§ 1506, 1536 RVO.

Durch § 1506 Abs. 2 RVO. wird der Ersatzanspruch für Krankenkassenleistungen bis zum vollen Betrage der Rente zugelassen, wenn „dem Kranken vollständiger Unterhalt in einer Anstalt gewährt worden" ist. Zum „vollständigen Unterhalt" eines Kranken kann aber nicht die Sorge für den Unterhalt seiner Angehörigen gerechnet werden. (Reichsversicherungsamt, Rev.-Sen., 23. November 1915, II a E. 24/15.)

Mitgeteilt in Jurist. Wochenschr. 1916 Nr. 13.

---

[1]) Weil der Selbstmörder nur seinen Tod, nicht seine Erkrankung herbeizuführen beabsichtige, trete in solchen Fällen nicht Verlust des Krankengeldes ein.

§ 71 Abs. 3 und § 76, §§ 127 ff.

Preuß. Gesetz über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883.

.... Weiteres ist stets daran festgehalten worden, daß im Verfahren aus §§ 127 ff. a. a. O. der Kläger zu beweisen hat, daß die tatsächlichen Voraussetzungen für die angefochtenen polizeilichen Verfügungen nicht vorliegen. Daher hat nicht die

beklagte Polizeiverwaltung die Fortdauer der gemeingefährlichen Geisteskrankheit zu beweisen, sondern umgekehrt liegt dem Kläger, der die Aufhebung seiner Unterbringung in die Irrenanstalt begehrt, der Beweis dafür ob, daß die tatsächlichen Voraussetzungen dieser Anordnung weggefallen waren, als er seine Entlassung beantragte.

Gewichtige Bedenken erhoben sich dagegen, die Feststellung, ob Kläger gemeingefährlich geisteskrank, ohne Rücksicht auf die aktenmäßigen Vorgänge wesentlich auf den persönlichen Eindruck zu gründen, den Kläger bei der mündlichen Verhandlung machte. Diese Frage kann in der Regel nicht unter Übergehung psychiatrischer Wissenschaft und Erfahrung gelöst werden. Es ist Sache des Richters, sich diese Hilfe durch Auswahl geeigneter Sachverständiger zu beschaffen. (Preuß. Oberverwaltungsgericht, Urteil I. Sen. v. 20. April 1914, I B. 26/13 — 67, 314.)

Jurist. Wochenschr. 1916 Nr. 19.

Mitteilungen.

— **München.** Die Münchener medizinische Fakultät ernannte den Regierungspräsidenten Dr. Ritter v. Winterstein zum Dr. med. h. c. in dankbarer Anerkennung seiner Verdienste um die Begründung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie.

— **„Krüppel" und kein Ende!** Bedauerlicherweise ist die Bezeichnung Krüppel noch immer nicht aus dem ärztlichen Sprachschatz und Schrifttum geschwunden, wie ein kürzlich stattgehabter Kongreß beweist!

Bresler.

Personalnachrichten.

— **Großschweidnitz.** Der Königl. Preuß. Kronenorden III. Kl. wurde verliehen dem Direktor der Landesanstalt Ob.-Med.-Rat Dr. Ackermann.

— **Frankfurt a. M.** Zum Direktor der städt. Nervenheilstätte wurde Dr. Max Meyer ernannt.

— **Tübingen.** Priv.-Doz. Dr. Busch wurde zum außerordentlichen Professor der Psychiatrie ernannt; Dr. Kretschmer, Assistenzarzt an der Psychiatrischen Klinik, habilitierte sich für Psychiatrie.

— **München.** Prof. Dr. Korbinian Brodmann,

Leiter der topographisch-anatomischen Abteilung des Deutschen Forschungsinstitutes für Psychiatrie in München ist gestorben.

Berichtigung.

Auf Seite 182 muß in der Personalnachricht aus Zürich eingefügt werden, Prof. F o r e l.

Allenberg. Zu der Arbeit über Landwirtschaft in den Krankenanstalten in Nr. 23-24 der Psych.-neurol. Wochenschrift wird berichtigt, daß Allenberg nicht 116,7, sondern 254 ha groß ist, wovon 176 ha Ackerland und 38 ha Wiesen.

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. Nr. 31/32. 1918/19.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler**,
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 31/32. 9. November **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

(Aus dem Reservelazarett Ahrweiler. Chefarzt: Stabsarzt Dr. Kriese. Station von Ehrenwall.)

Dienstverweigerung aus religiösen Gründen und ihre gerichtsärztliche Beurteilung.

Von Dr. **S. Loeb**, Oberarzt d. L., ordin. Arzt.

(Schluß.)

Schon in dem Guachten ist darauf hingewiesen, daß die gerichtsärztliche Beurteilung religiöser Ideen außerordentlich schwierig ist und daß es zweifellos Übergänge vom Frommen über das Fanatische zum Wahnhaft-Kranken gibt. Mit dieser Auffassung befinde ich mich in Übereinstimmung mit der einschlägigen Literatur. Auch für die gerichtsärztliche Beurteilung der Dienstverweigerung aus religiösen Gründen spitzt sich die Frage schließlich dahin zu, ob die religiösen Gründe noch als religiös, bzw. fanatisch oder als wahnhaft-krank zu bezeichnen sind; denn wie schon in der Einleitung ausgeführt wurde, erkennt der Staat eine Dienstverweigerung aus religiösen Gründen nicht an (§ 48 MStGB.). Dagegen liegt eine strafbare Handlung selbstredend nicht vor, wenn die Motive zur Handlung sich als religiöse Wahnideen kennzeichnen lassen.

E. Meyer versucht in seiner Arbeit über religiöse Wahnideen[4]) die Merkmale der religiösen Wahnideen aufzustellen. Er gibt zunächst die Definition einer Wahnidee überhaupt als einer Vorstellung, die nicht im Einklang steht mit dem Erfahrungsmaterial und der Korrektur durch Gründe der Vernunft nicht zugänglich ist. Schon diese Definition weise auf die große Schwierigkeit der Trennung des von uns als religiös gesund Bezeichneten von der religiösen Wahnidee hin, weil der Glaube nicht oder wenigstens nur indirekt auf Erfahrungstatsachen aufgebaut sei und den triftigsten Beweisen der Vernunft widerstehen könne. Auch ein anderes Charakteristikum der Wahnidee, die starke Gefühlsbetonung, versage auf diesem Gebiet, weil schon der Glaube des Geistesgesunden Leidenschaft und Hingabe verlange. Wie alle psychotischen Erscheinungen für sich allein nur in den extremen Fällen zur Annahme geistiger Erkrankung ausreichen, sonst jedoch nur der geistige Gesamtzustand den Ausschlag gebe, so dürften religiöse Ideen entweder nur in ganz auffallenden Formen oder nur in Verbindung mit anderen zweifellosen geistigen Abweichungen als krankhaft bezeichnet werden. E. Meyer hebt dann noch die besonderen Schwierigkeiten bei solchen Fällen hervor, wo Wahnideen anderer Art fehlen, wo auch das Verhalten des Kranken völlig geordnet, der Ablauf der Vorstellungen ungestört erscheint. Hier weisen nach seiner Meinung abnorme Erregbarkeit, krankhafte Selbstüberschätzung, besondere Unklarheit und Weitschweifigkeit den Weg zum Urteil. Auch der Einfluß auf Handlungen, besonders wenn diese durch den Einfluß der religiösen Ideen von den geltenden rechtlichen Bestimmungen, von sozialen und auch von ethischen Pflichten abweichen, wenn durch sie das Wohl der Familie wie die eigene Existenz vernachlässigt werde, sei geeignet, die geistige Abnormität zu kennzeichnen.

Auch die Entstehung von Wahnideen religiöser

---

[4]) Archiv für Religionswissenschaft XVI, 1903 Heft 1 und 2.

Art müsse ein krankhaftes Gepräge haben. Meyer meint, krankhafte gemütliche Erregung, Bewußtseinstrübung und geistige Schwäche seien wie im allgemeinen so auch für die religiösen Wahnideen von Bedeutung. Die religiöse Färbung der Wahnidee sei in einer gewissen Disposition begründet.

Gaupp beschäftigt sich in der oben angeführten Arbeit nicht systematisch mit der Auseinandersetzung über religiös-fromm einerseits und religiös-wahnhaft anderseits. Doch birgt diese Arbeit viel für uns verwertbares Material. Einmal geht auch aus ihr hervor, daß das Ziehen einer Grenze zwischen den zwei Polen ungemein schwierig ist, daß zum Beispiel ein und derselbe Fall von verschiedenen Gutachtern verschieden beurteilt wurde. Durch die Sammlung der Fälle allein ist schon etwas gewonnen, daß wir nämlich die Fälle gewissermaßen zu einer Stufenleiter zusammenstellen können, von der wir dann leichter sagen können, die der Erde zugewandten Gruppen müssen wir als geistesgesund bezeichnen, während die gen Himmel strebenden als zweifellos krank aufzufassen sind. Je weiter wir uns von den Polen entfernen, desto schwieriger wird die Entscheidung. Allein die systematische Anordnung bringt eine Erleichterung. Die Einordnung der bisher bekannten Fälle hätte etwa so zu geschehen. An die Spitze gehört zweifellos der Fall Gaupps, den er auf Seite 5[5]) kurz beschreibt: Ein junger Lehrer zeigte im Verlauf einer chronisch progressiven Psychose, die zu reichlichen Sinnestäuschungen und Wahnbildung geführt hatte, aber anfangs unerkannt geblieben war, als Folge psychotischer Erkrankung den Wahn, daß er den Krieg als Satanswerk abzulehnen habe. Unter der Einwirkung der deutlich gehörten Stimme Gottes verweigerte er den militärischen Gehorsam.

Dann käme der zirkuläre Kurpfuscher aus St., der in hypomanischer Erregung einen innigen Verkehr mit Jesus pflegte und glaubte es nicht mehr nötig zu haben, den Befehlen seines Feldwebels zu gehorchen.

Hiernach folgte der geistesschwache paranoide Psychopath (S. 6 l. c.); dessen ganzes Leben nichts als eine Reihe von Entgleisungen war und bei dem die Gehorsamsverweigerung aus einer paranoiden Größenwahnstimmung und einem bewußten Kampf gegen alle staatliche Ordnung erwuchs. Hier nahm Gaupp an, daß ein schwerer Zustand angeborener Entartung sich auf dem Wege zur chronisch systematischen Wahnbildung, also zur Paranoia befinde.

Als vierten würde ich den 18 jährigen Stricker nennen, ein ganz infantiles, körperlich und geistig zurückgebliebenes Geschöpf, dessen Vater als erwachsener Mann sein Leben völlig umwandelte, nachdem er Mitglied der Hahnschen Gemeinde geworden. Er gab sein ganzes, über 100 000 M betragendes Vermögen den Armen, stellte den sexuellen Verkehr mit seiner Frau ein, vernichtete in seinem Hause alle Bilder und andern Zeichen der Hoffart. Der Sohn, ganz im Banne des väterlichen Gedankenkreises, zeigte eine süßliche Frömmigkeit, sprach immer vom lieben, süßen, herrlichen Jesulein, lag in der Klinik stundenlang betend auf den Knieen und war trotz seines zaghaft ängstlichen Wesens nicht dazu zu bestimmen, sich militärisch einkleiden zu lassen. Gaupp nahm induzierten, d. h. suggestiv übernommenen Wahn an.

An nächster Stelle würde ich den 18 jährigen Seminaristen (S. 5 l. c.) einordnen, der von einem radikalen Sozialisten und Pazifisten erzogen, sich weigerte, den Fahneneid zu leisten und militärischen Befehlen nachzukommen, und gegen mechanischen Zwang mit einem Selbstmordversuch reagierte. Gaupp schildert ihn als einen weltfremden, verschrobenen, halbwüchsigen Jungen, dessen Kopf mit unreifen schwärmerischen Gedanken allgemeiner Menschenverbrüderung angefüllt war. Unter dem Einfluß des äußeren Drucks steigerte er sich in das Gefühl einer Märtyrerstimmung hinein und entwickelte ein System von Selbstüberschätzungsideen, das zunächst zur Annahme eines Jugendirreseins führte, bei genauer Analyse sich jedoch nur als Größenphantasie erwies, wie es in der Pubertätszeit verschrobener Psychopathen auch ohne psychotischen Charakter vorkommt.

Diesen Fällen, für die Gaupp in seinen Gutachten den § 51 in Anspruch nimmt, stellt er eine Gruppe gegenüber, deren Handeln zwar auch abseits von der breiten Straße des Üblichen liegt, deren Gefühlsrichtung und Gedankengänge jedoch so übersichtlich und konsequent sind, daß ihre religiösen Anschauungen von Gaupp mit Recht zu den geistesgesunden gerechnet werden. Die nähere Charakteristik der einzelnen Vertreter dieser Gruppe muß in der Originalarbeit nachgelesen werden. Hier seien nur die gemeinsamen Züge wiedergegeben: „Die Liebe zur Bibel, die mit unkritischem Sinn eifrig durchforscht und in ihrem ganzen Inhalt als unmittelbare Offenbarung göttlichen Willens betrachtet wird. Die wortwörtliche Auslegung aller Äußerungen Christi als unmittelbar verpflichtende Gebote für das Leben jedes Menschen, auch in bezug auf seine staatsbürgerlichen Pflichten; die Bereitwilligkeit, alle Folgen der Gehorsamsverweige-

---

[5]) Sonderabdruck aus dem Württemb. Mediz. Kor.-Blatt 1918.

rung unter Berufung auf das Beispiel Christi auf sich zu nehmen; die Betonung, daß das Gebot Gottes stets über den Forderungen des Staates stehe; die Hervorhebung des internationalen Charakters der christlichen Gemeinschaft, eine scharfe Kritik an den kirchlichen Einrichtungen der Gegenwart, in denen nur schwächliche Kompromisse der Kirche mit den staatlichen Gewalten und den irdischen Interessen erblickt werden."

Diese Gruppe der Fälle Gaupps war selbstredend näher der Basis unserer hypothetischen Stufenleiter unterzubringen.

Die beiden von E. Meyer im Königsberger ärztlichen Verein vorgestellten Fälle würde ich nach ihrer kurzen Wiedergabe zwischen Fall 1 und 2 in unserer Stufenleiter einschieben; [6]) den von mir begutachteten Fall dagegen zwischen die Basisgruppe und Fall 5 Gaupps stellen.

Zwei Wege also gibt es, Klarheit und Sicherheit in dieses Gebiet zu bringen. Erstens eine mehr induktive Sammlung und Anordnung einzelner Fälle je nach ihrer Schwere, zweitens ein mehr deduktives Herausarbeiten und Festlegen von Merkmalen, die geeignet sind, religiöse Ideen auf ihre Gesundheit oder Krankheit hin zu bewerten.

Daß der erste Weg Schwierigkeiten hat, ersehe ich wohl. Schon bei der geringen bisher veröffentlichten Anzahl von einschlägigen Fällen zeigen sich solche; allein die Äußerlichkeit, daß manche Fälle nur kurz mitgeteilt sind, erschwert die Einordnung. Tiefer liegen schon die Schwierigkeiten, wenn es sich darum handelt, begleitende Anfälle, transitorische ekstatische Störungen sicher zu bewerten. Trotzdem bedeutet es für den Gutachter und die Rechtsprechung eine erhebliche Sicherheit, wenn man auf einem so schwierigen Gebiete, wie dem behandelten, neue Fälle in bekannte und gesichtete einordnen kann und dadurch gewissermaßen in enger Fühlung mit der bisher gepflogenen Gutachtertätigkeit bleibt.

Auf dem zweiten Weg hat uns E. Meyer schon vorgearbeitet. Die große Schwierigkeit, auf die Meyer bereits hinweist und die ich oben näher gekennzeichnet habe, wird mit einem Schlage klarer, wenn wir auf diesem Gebiet eine kennzeichnendere, treffendere Nomenklatur einführen. Wir sollten nach Möglichkeit den Ausdruck „religiöse Wahnidee", der zwar sehr volkstümlich geworden ist, vermeiden und an seine Stelle „Wahnglaube" setzen. In dem Ausdruck „religiöse Idee" bzw. „religiöse Wahnidee" liegt, da Idee im psychiatrischen Sprachgebrauch nicht die platonische Idee, die letzte begriffliche Grundgestalt, auf die jedes Erscheinende zurückzubeziehen ist, sondern die spätere Gleichsetzung mit Vorstellung bedeutet, eine zu starke Betonung des sinnlich Wahrnehmbaren und gedanklich Verarbeiteten, was dem religiösen Erleben widerspricht. Hingegen liegt in den Worten „Glaube" und „Wahnglaube", daß das zu bezeichnende Erleben nicht auf dem Wege wissenschaftlichen Erkennens oder gedanklicher Verarbeitung von sinnlich Wahrnehmbarem, sondern durch unmittelbare, innere Erfahrung geschieht, die sich auf des Menschen persönliches Verhältnis zu Über- oder Außersinnlichem bezieht.

In seiner allgemeinen Psychiatrie [7]) spricht sich Kraepelin über Glauben und Wissen treffend aus und legt hier dar, wie die beiden entgegengesetzten Quellen unserer Erkenntnis sich im einzelnen Erleben bald berühren, bald verquicken, bald verdrängen, innere Vorgänge, für die auch die Sprache nach Ausdrücken ringt, etwa in den Worten: vermuten, für wahr halten, überzeugt sein, wissen. Halten wir uns diese Gegensätze Wissen und Glaube in ihrer reinen Form einmal klar vor Augen, so kennzeichnet das erstere das getreue Abbilden der Welt durch unmittelbare, nüchterne Angliederung der Erfahrung, während letzterer das große Gebiet unserer Erkenntnis, auf dem sinnliche Erfahrung uns keine Ergebnisse zu liefern vermag, auf Grund tiefgreifender Gefühlsbeziehungen zu unserer gesamten Persönlichkeit durch freie Erfindung ausfüllt, beziehungsweise derart Erfundenes übernimmt. In dieser Unterscheidung und in der Übernahme des präziseren Ausdrucks „Wahnglaube" liegt es also schon begründet, daß die wesentlichen Charakteristika einer Wahnidee gegenüber einer Vorstellung, also mangelhafte Übereinstimmung mit dem Erfahrungsmaterial, Unkorrigierbarkeit durch Gründe der Vernunft, nicht passen zur Abgrenzung von Wahnglaube und Glaube.

Wenn es ein Vorrecht des Gläubigen ist, daß er, zwar gebunden durch den heiligen Drang nach Wahrheit, jedoch sicher vor der Kontrolle des sinnlich Wahrnehmbaren, seinen Inhalt suchen und finden darf, so liegt in diesem Vorrecht auch die Schwäche, daß er von der Wissenschaft eine scharfe Scheidung seiner Ergebnisse, der Glaubenssätze von dem Wahnglauben nicht verlangen darf.

Glaubenssätze, Dogmen, religiös-geschichtliche Überlieferungen sind für verschiedene Völker und

---

[6]) Schriftlich wurde mir von Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Meyer bestätigt, was in der Wiedergabe in der D. m. W. nicht zum Ausdruck kommt, daß von ihm § 51 als vorliegend für beide Fälle angenommen wurde.

[7]) Kraepelin, Psychiatrie, 8. Aufl., 1. Bd. S. 307 ff.

verschiedene Zeiten verschieden. Wesentliche Abweichungen, sogar Gegensätzlichkeit von Lehrmeinungen reichen keineswegs aus, den Andersgläubigen wegen dieser Gegensätzlichkeit für geistig krank zu halten. Sofern wir wissen, daß der Gläubige sich mit dem von ihm vertretenen Dogma in einer anerkannten religiösen Gemeinschaft befindet, pflegen wir keinen Anstoß an der geistigen Gesundheit des Betreffenden zu nehmen. Daß etwa ein Katholik den Papst für den Stellvertreter Gottes auf Erden hält, würde man ihm ebensowenig als krankhaft auslegen wie etwa einem Chinesen den Glauben der Seelenwanderung in Tieren. Ebenso können wir den Römer nicht für wahngläubig halten, wenn er aus den Eingeweiden seiner Opfertiere oder aus dem Flug der Vögel Auskunft über sein Geschick zu erfahren hofft. Selbst bei einem und demselben Volk wechseln, wenn auch selten, religiöse Anschauungen und Lehren: das Austreiben der Teufel oder der bösen Geister aus einem von ihnen besessenen Menschen unter Anrufung des Namens Gottes oder Christi war in früheren Jahren so üblich, daß es für diesen Beruf eine eigene Klasse von Kirchenbeamten, „die Exorzisten", gab. Groß ist auch die Wandlung im Hexenglauben. Während vor fünf- bis sechshundert Jahren die Hexenprozesse an der Tagesordnung waren (Papst Innocenz VIII. bestätigte durch seine Bulle „Summis desiderantes" vom 3. Dezember 1484 die Lehren vom Zauberwesen und den dafür erforderlichen, durchgreifenden Inquisitionsprozessen), würde heute jeder, der etwa einen Hexenprozeß anstrengen wollte, zunächst vor das Forum eines Psychiaters geführt und hier als geistig krank bezeichnet werden. Ebenso würde keiner von uns anstehen, das Streuen von Papierpfennigen bei Beerdigungen oder das Drehen von Gebetmühlen, Gebräuche, wie sie im fernen Osten heute noch gang und gäbe sind, für Wahnglauben zu halten, würde er einen Europäer bei solchem Brauch beobachten. Umgekehrt müssen wir uns vorstellen, daß ein Buddhist für geistig abnorm gehalten würde, wenn er etwa das Abendmahl nehmen würde.

Aus dieser kurzen Betrachtung ergibt sich also, daß religiöse Ideen ihrem Inhalt nach kaum in gesund und krank geschieden werden können oder mit anderen Worten, nicht das religiös Gewordene, das Ergebnis, der Glaubenssatz oder Wahnglaube kann losgelöst vom Träger wissenschaftlich als gesund oder krank begutachtet werden, sondern wir müssen das seelische Erleben, das psychische Geschehen zu beurteilen versuchen. Hier sei noch einmal Selbstverständliches kurz erwähnt: daß es im Gesunden eine ganz erhebliche Breite religiösen Erlebens gibt. Vom Aufgeklärten, der sich bewußt gegen alles abschließen will, was ihm Sinne und Intellekt nicht geben können, über den Durchschnittskirchgänger, der sich des Sonntags morgens, vor jeder Mahlzeit und vor dem Schlafengehen einmal andächtig in sich versenkt, bis zum eifrigen Gläubigen, der andächtig, tief in sich versunken die Umwelt vergißt und in dem Aufgehen im Übersinnlichen Wonneschauer empfindet, ist eine weite Strecke seelischen Erlebens, das wir alles als gesund bezeichnen. Das zuletzterwähnte religiöse Einzelerleben können wir uns nun extensiv und intensiv noch gesteigert vorstellen. Dauerte etwa eine solche gemütliche Erregung stundenoder gar tage- und wochenlang in gleicher Weise an, so würden wir in dieser ungewöhnlich langen Dauer doch etwas Abnormes sehen. Auch die Intensität religiösen Erlebens kann sich soweit steigern, daß wir nicht mehr von normalen Vorgängen sprechen können. Gefühlsausbrüche wie Seufzen, Weinen, Stöhnen, jubelndes Singen pflegen wir in gewissem Umfang noch in die Grenzen des religiös Gesunden einzubegreifen; auch eine gewisse Einengung des Bewußtseins wie sie jedes starke, gefühlsreiche Erleben mit sich bringt, halte ich für regelrecht. Dagegen sind eine deutliche Trübung des Bewußtseins, stärkere echte Gefühlsausbrüche, wie Tanzen, sich geißeln, als anormal anzusehen.

Wir sagten oben, daß jedes, auch das gesunde religiöse Erleben auf Grund tiefgreifender Gefühlsbeziehungen der gesamten Persönlichkeit zum Übersinnlichen geschieht. Diese Definition ist der beste Wegweiser zum Auffinden weiterer Merkmale, die religiöses Erleben zu krankhaftem stempeln. Die allgemeine Psychologie lehrt, daß auch beim gefühlsmäßigen Erleben Begriffe, mit denen wir notwendig operieren, aus dem Erfahrungsschatz des Intellekts genommen werden, und daß wir auch unsere Gefühlserlebnisse dem Streben nach Vereinheitlichung unserer Gesamtpersönlichkeit, wenn oft auch nur lose unterordnen, daß wir also genau genommen nur von vorwiegend gefühlsmäßigem Erleben sprechen können. Je mehr das Gefühl im Einzelerlebnis vorherrscht, desto unklarer und verschwommener werden die aus dem Intellekt entliehenen Begriffe, desto mangelhafter arbeitet die einordnende und verbindende Verstandestätigkeit. Gefühl und Kritik stehen in reziprokem Verhältnis zueinander. So nimmt es uns nicht wunder, wenn wir schon im normalen religiösen Erleben allzu oft logische Schlußfolgerungen und Kritik vermissen. Stärker tritt Kritiklosigkeit in die Erscheinung, wenn das Glaubensgefühl sich steigert zu jenem persönlichen

Heils- und Glücksgefühl, da für den Gläubigen alle zu innerst gefundenen und die übernommenen Glaubenswahrheiten mehr bedeuten als alles Wissen zusammen.[8]) Ein solch erhebendes Glücksgefühl öffnet dem Autoritätsglauben Tür und Tor, man schwört in die Worte des Meisters: leitet die jüdische Lehre eine scharfe Trennung der mit Milch bereiteten Speisen von denen mit Fleisch bereiteten aus einer Bibelstelle: „Du sollst das Zicklein nicht in der Milch seiner Mutter kochen" ab, so folgen hierin die Strenggläubigen mit einem seligsicheren Gefühl, das einzig Rechte zu tun, selbst wenn in einer solchen Schlußfolgerung keine oder nur eine ganz lose gedankliche Verkettung aufgefunden werden kann. Im allgemeinen kann man sagen, je unklarer die religiösen Begriffe, je weniger logisch religiöse Gedanken untereinander verknüpft sind und je sicherer und überzeugter trotzdem das Erlebnis hingenommen wird, desto krankhafter ist es. Wenn z. B. jemand aus Kor. 3, 16: „Wisset ihr nicht, daß ihr Tempel Gottes seid?" mit überlegenem Lächeln und heilssicherem Auge ableitet, daß er nicht rauchen darf, so dürfte diese Verknüpfung trotz der unangreifbaren Überzeugung ihres Trägers wohl als zu lose geschürzt von uns als krankhaft bewertet werden.

Das Vorwiegen des Gefühlsmäßigen im religiösen Erleben erklärt uns auch seinen ungeheuren Einfluß auf das menschliche Handeln. Ich brauche nur an den Märtyrertod, die Verfolgungen der ersten Cristen, die Judenverfolgungen und die Religionskriege zu erinnern, um den Einfluß des Glaubens auf Handlungen gebührend zu würdigen. Gewiß, die ebengenannten sind keine alltäglichen Erscheinungen, aber krankhaft? Es würde zu weit führen, alle jene geschichtlichen Erscheinungen aus ihrer Zeit zu analysieren und dann psychiatrisch zu bewerten; uns kann es heute nur darauf ankommen, aufzuzeigen, wann der Einfluß religiösen Erlebens auf menschliches Handeln in der Jetztzeit wohl als krankhaft zu bezeichnen wäre. Auch da gibt es keine absolute Antwort, vielmehr: je erheblicher der Widerspruch mit unseren geltenden Rechts-, sozialen und ethischen Pflichten ist, in den uns religiöses Erleben bringt, desto eher darf an krankhaftes religiöses Erleben gedacht werden. Wenn etwa jemand, wie einst Abraham, seinen Sohn Gott zum Opfer darbringen wollte mit der Begründung, er wisse, dies sei Gottes Wunsch, oder wenn jemand, um seinen Beglücker zu entschädigen, sein ganzes Vermögen einem sektiererischen Prediger vermachte und hierdurch seine Familie an den Bettelstab brächte, würden wir einen krankhaften Einfluß feststellen müssen.

In dem bisher besprochenen kranken religiösen Erleben trat ein Faktor in den Hintergrund: der Ichkomplex. Schon unsere Definition weist darauf hin, daß er leise selbst in dem neutralsten Glaubenssatze mitvibriert: wenn jemand den religiösgeschichtlichen Satz gläubig ausspricht, „die Israeliten zogen mit Hilfe Gottes trockenen Fußes durchs Rote Meer", so verknüpft er hiermit, daß sie, ein Werkzeug in Gottes Hand, aus der Knechtschaft befreit werden mußten, um bald am Sinai die Lehre zu empfangen, der er sich selber unmittelbar oder mittelbar als der göttlichen Offenbarung teilhaftig fühlt. In den meisten religiösen Erlebnissen tritt das persönliche Element stärker hervor. Auch diesmal können wir sagen: je stärker der Ichkomplex im religiösen Erlebnis betont wird, um so eher dürfen wir an krankhaftes Erleben denken. Schildert einer, daß Gott sich seine Werkzeuge aussuche, daß die Menge mit Blindheit geschlagen, wenige — unter ihnen auch er — erleuchtet seien, so darf uns das stets krankheitsverdächtig vorkommen. Manche Kranke gehen noch weiter, indem sie etwa sagen: „In mir personifiziert sich der heilige Geist", oder: „Ich bin Gottes Sohn."

Zusammenfassend können wir also sagen:

1. Religiöse Ideen können ihrem Inhalt nach kaum in gesunde und kranke geschieden werden.

2. Auch eine scharfe Scheidung des religiös-gesunden und -kranken Erlebens ist nicht möglich.

3. Religiöses Erleben darf als krankhaft bezeichnet werden:

a) bei ungewöhnlicher Dauer und Intensität des Einzelerlebnisses;

b) je unklarer religiöse Begriffe, je unlogischer die Gedankenverknüpfung, je sicherer trotzdem der Gläubige;

c) je erheblicher der Widerspruch zwischen Handlungen, die durch den Glauben beeinflußt sind einerseits und den geltenden Rechts-, sozialen und ethischen Pflichten andrerseits;

d) je stärker der Ichkomplex im Erleben betont ist.

Manchen wird diese Abgrenzung wenig befriedigen, weil er kräftige Unterscheidungsmerkmale erwartete und nun mit feinen Abstufungen abgespeist wird. Dem ist entgegenzuhalten, daß Wahnglaube bei ausgesprochenen Psychosen aus dem

[8]) Mir kommt es in diesem Augenblick nicht darauf an, mit dem Ausdruck „Kritiklosigkeit" persönlich Stellung zu dieser Bewertung zu nehmen, sondern nur darauf, das seelische Erleben mit seinen Nebenerscheinungen zu zeichnen.

Gesamtbild leicht als solcher erkannt werden kann, daß aber bei psychischen Grenzfällen das Kranke meist nur quantitative Unterschiede gegenüber normalem seelischem Geschehen erkennen läßt, ja, daß wir sogar bemüht sind, qualitative Unterschiede in quantitative umzuformen (Farbenempfindungen in Ätherschwingungen verschiedener Wellenlängen). Genaue Meßmethoden gibt es für das religiöse Erleben nicht. Daher wird auch dem Urteil eines Gutachters immer etwas Subjektives anhaften. Daß dieses möglichst wenig sei, dazu wollte diese Arbeit einen Beitrag liefern.

Mitteilungen.

— Für das Vorkommen **einzelstehender Sinnestäuschungen** findet man in den „Persönlichen Erinnerungen an Karl Peters", die F. v. Zobeltitz in der Rigaischen Zeitung vom 18. Septbr. 1918 veröffentlicht, einen interessanten Beleg. „Er (Peters) hatte in London einen alten Oheim, der ihn nach dem Tode seiner Frau zu sich genommen hatte und ihn auch als Universalerben einsetzen wollte. Aber er starb unerwartet, und die Geschichte dieses Todes verquickte sich bei Peters mit einer eigentümlichen Vision, von der er mir auch später öfters gesprochen hat. Er hatte in London den Toten leibhaftig in sein Zimmer treten sehen, und so absolut wahrhaftig wirkte diese Erscheinung auf ihn ein, daß er am nächsten Morgen die Leiche noch einmal untersuchen ließ, weil er an die Möglichkeit eines Starrkrampfes, eines Scheintodes glaubte, was sich natürlich als irrig erwies. Mich frappierte die merkwürdige Erzählung um so mehr, als Peters keineswegs den Eindruck eines Geistersehers machte; ich hielt ihm denn auch vor, daß er wohl das Opfer eines Traumes gewesen sei, aber davon wollte er durchaus nichts wissen: er schwur darauf, daß sich alles genau so zugetragen habe, wie er berichtete." B.

— Über die neue Seuche des **Cocainschnupfens** schreibt der 42. Bericht des Züricher Hilfsvereins für Geisteskranke über das Jahr 1917:

„In den letzten Jahren ist der Cocainismus explosionsartig zu einer großen Gefahr geworden. Das Cocain wird als Schnupfpulver von den meisten Damen der eleganteren Halbwelt verbreitet. Es gibt Cocainklubs, deren Mitglieder sich verpflichten, jeden Monat mindestens ein neues Mitglied zu bringen, das heißt einen Menschen zum Cocaingenuß zu verführen und damit in den meisten Fällen endgültig zu ruinieren. Und die Verführung ist sehr leicht, da das Cocain jetzt geschnupft wird und man ganz harmlos am Kaffeetisch seinem Gegenüber eine Prise servieren kann, bis das Opfer daran gewöhnt ist, nicht mehr anders als weiter schnupfen kann und für die Erlangung des Giftes Vermögen und Ehre und alles opfert. Da man unter diesen Umständen am Kilo zwei- bis dreitausend Franken gewinnen kann, stehen den Interessenten alle Schliche offen, um ihr Handwerk weiter zu treiben.

Viel rascher als ein anderes Gift lähmt das Cocain den Willen; oft entstehen außerdem schon nach wenigen Monaten Sinnestäuschungen, die den Vergifteten Worte und Bilder vorgaukeln, deren krankhafte Natur sie zwar meist erkennen, denen sie aber doch folgen in merkwürdigem Zwiespalt. Diese Erscheinungen beschleunigen natürlich die Arbeitsunfähigkeit und den sozialen Ruin. Etwas später leidet auch der Körper; wird der Genuß nicht wieder zeitweise unterbrochen oder doch stark herabgesetzt, so verfallen die Kräfte, es tritt hochgradige Abmagerung ein und wenn nicht die Schwäche zum Tode führt, so bringt besonders häufig die Verfettung der Leber das Ende.

Der Kampf dagegen ist schwierig, in erster Linie, weil genügende Gesetze fehlen, um mit der nötigen Strenge gegen die Verkäufer einzuschreiten, zum großen Teil aber auch deshalb, weil die maßgebenden Organe nicht das tun, was sie könnten und deshalb sollten. Herr Prof. Dr. Maier hat die Aufgabe unternommen, dem dunklen Gewerbe nachzugehen und die Mittel zu liefern, an Hand derer man es wirksam bekämpfen kann. Der Hilfsverein hat ihm einen Beitrag an die Ausgaben gewährt. Das gesammelte Material hat bereits in mehreren Kantonen die Anregung zu vorbeugenden Maßregeln und beim Bund u. a. zur Konfiskation des Giftes geführt."

Buchbesprechungen.

— Siebert, Dr. F.: Der völkische Gehalt der Rassenhygiene. 214 S. Bücherei deutscher Erneuerung Bd. 3. München 1917, J. F. Lehmann. 3,00 M.

An diesen Büchern haben wir leider keinen Überfluß. Vielen, denen dieses Gebiet bekannt ist, gibt das Buch Gelegenheit, sich den reichen Inhalt aller unserer nationalen Probleme noch einmal und immer wieder vor Augen und Geist zu führen. Wir sollten aber auch für möglichst weite Verbreitung dieser Schriften und der gleich gerichteten und Verwirklichung ihrer Ziele sorgen, damit Gefahr und Wahn der proletarischen Weltanschauung (S. 203, 204) überall erkannt werde und die natürliche wieder zu ihrem Recht komme.[1] B.

— Fuchs, Med.-Rat Dr. Walter, Emmendingen: Staat und Mensch. Leipzig 1918, Verlag Repertorienverlag.

Das gleiche gilt von dieser geistreichen Schrift. Auf

[1]) Wenn Siebert entsprechend dem „Fräulein" für ledige Männer eine Bezeichnung eingeführt haben möchte, um den verheirateten herauszuheben, so wäre „Männlein" doch das gegebene! Ref.

ihren zwölf Seiten steht mehr und eindringlicheres und notwendigeres als in manchem papierverschwendenden Opus. B.

Therapeutisches.

— **Zur Theorie der Adsorptionstherapie und über ein kolloidales Kohlepräparat.** Von Dr. med. Wilhelm Walther. Therapie der Gegenwart 1918, Juni.

Der Gedanke, daß die feinste Verteilung eines Adsorptionsmittels auch dessen beste therapeutische Wirksamkeit zur Folge haben müsse, hat mit Hilfe eines neuen Verfahrens zur Darstellung einer kolloidal-löslichen Kohle geführt. Dieses Präparat („Carcolid") hat der Autor in Form 15 prozentiger Lösung bei einer Anzahl von Darmkatarrhen verbunden mit Durchfällen erfolgreich angewandt. Er gab gewöhnlich viermal täglich einen Eßlöffel dieser Lösung. Auffallend ist, daß das Carcolid bei der Wiechowskischen Probe (Entfärbung von Methylenblaulösung), nach der bisher der Wert eines medizinischen Kohlepräparates bestimmt wurde, nicht sehr gut abschneidet, während es in praxi sich besser wirksam zeigte als die bisher bekannten Sorten medizinischer Kohle. Als weiteren Vorzug der kolloidalen Kohle erwähnt der Autor, daß sie sich angenehmer einnehmen läßt als die gewöhnliche Tier- oder Pflanzenkohle.

— **Rheumasan-, Ester-, Dermasan- und Lenicet-Präparate.** Eine reiche Übersicht über diese bestens bewährten Präparate der Firma Rudolf Reiß, Berlin-Charlottenburg und Wien, gibt die 7. Auflage des Berichts dieser Firma. Unter anderem sei auf Peru-Lenicet-Salbe oder Trockenverband mit Peru-Lenicet-Pulver (Prof. Payr-Pullmann) aufmerksam gemacht, letzteres auch mit Anästhetikum, bei Dekubitus. Ferner auf Buccosperinkapseln bei Zystitis und Pyelitis (Karo, Therap. d. Gegenwart 1918, April) und auf Bolusal mit Tierkohle bei infektiösen Darmerkrankungen, auch Ruhr (Lennhoff). B.

Anstaltstechnisches.

— Die **elektrische Bleiche,** wofür die Firma Elektrolyser-Bau, Arthur Stahl, Aue in Sachsen, seit vielen Jahren ihre bewährten Apparate herstellt, hat sich in Krankenhäusern und Sanatorien usw. sowie in gewerblichen Waschanstalten und in Waschanstalten großer Hotels immer mehr eingebürgert. Von Heilanstalten für Psychisch- und Nervenkranke können genannt werden die Großherzogl. Landesheil- und Pflegeanstalt Philipps-Hospital bei Goddelau in Hessen, die Fürstlich Lippische Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus (seit 1908, 15 bis 20 v. H. Ersparnis an Waschmaterial), die Landesheil- und Pflegeanstalt Alt-Scherbitz, Prov. Sachsen, die Heil- und Pflegeanstalt Waldbröl, Rheinland, die Herzogl. Heil- und Pflegeanstalt Roda, Sa.-Altenburg (seit 1902), Prov.-Heilanstalt Dziekanka bei Gnesen, Kgl. Heilanstalten Weißenau und Zwiefalten in Württemberg. Nach Dr. Rasser, Seifenersparnis und die Hypochloritlauge als Wasch-, Bleich- und Desinfektionsmittel, „Das Sanatorium" 1917 Nr. 13, ist diese Lauge, die im Eigenbetrieb durch Elektrolyse einer Kochsalzlösung unter Benutzung von Gleichstrom erzeugt wird (sie ist nämlich nicht versendbar), „ein billiges und hervorragendes Desinfektions-, Desodorisations-, Wasch- und Bleichmittel". Es wird in der Textilindustrie an Stelle des früher allgemein üblichen Chlorkalkverfahrens schon seit Jahren angewendet. Chlorkalk ist wenig geeignet wegen Unbeständigkeit gegen Licht, wegen Brüchigwerden der Wäsche bei Chlorkalkbleiche durch Niederschlag von kohlensaurem Kalk und infolgedessen Nachgilben. Nach Dr. Rasser sterilisiert Natriumhypochloritlauge in Stärke von 0,5 : 1000, bei genügendem Zutritt zu allen Teilen, innerhalb einer halben Stunde, entfernt alle gewöhnlichen Flecke aus der Wäsche und greift in dieser Stärke und Zeitdauer selbst die empfindlichsten Stoffe nicht an, mit einziger Ausnahme von Seide.

Die chemische Gleichung, unter welcher sich die Entwicklung der Natriumhypochloritlauge bei Einwirkung des elektrischen Stromes vollzieht, ist bekanntlich:

$$NaCl + H_2O = NaClO + H_2.$$

Genaueres findet man in dem Buch von E. Abel, „Hypochlorite und elektrische Bleiche" und in der Abhandlung von Engelhard über Hypochlorite, worin Apparate zur Herstellung der Hypochloritlauge beschrieben sind. Dr. Faulke hat den Einfluß der Lauge auf die Wäsche mit der Reißmaschine geprüft; wollene, zwölf Stunden mit starker Lösung behandelte Wäsche — wie sie im gewöhnlichen Betrieb nicht behandelt wird — zeigte erst bei 25 Pfund weniger Spannung als nicht behandelter Stoff; bei den sämtlichen übrigen Stoffen war keinerlei Veränderung in der Spannkraft vorhanden.

Auch Kaffee-, Kakao-, Obst- und Weinflecke verschwinden bei dieser Bleiche sofort, die in ihrer Wirkung der Rasenbleiche gleichgestellt werden kann. Die Elektrolyser-Bleiche bedeutet auch eine große Zeit- und Geldersparnis.

Die Elektrolyser-Apparate von A. Stahl finden, wie unter den gegenwärtigen Verhältnissen nicht anders zu erwarten und zu begrüßen, in den Großwaschanstalten immer mehr Eingang.

Wirtschaftliches.

— **Ungesunde Tragweise der Beinkleider.** Es besteht vielfach noch die zopfige Sitte, das Beinkleid durch eine um den Schuh herum geknöpfte Lederstrippe straff zu halten und dadurch dem Bein den Schein der Strammheit zu geben. Diese Sitte hat folgende Nachteile:

1. Ungenügende Lüftung des Schuhinnern und der Hose, Verhinderung der Abhärtung,

2. Beschmutzung der Hände beim An- und Aufknöpfen der Lederstrippe,
3. unnötigen Lederverbrauch,
4. Unmöglichkeit, bei Straßenschmutz das Beinkleid unten heraufzuklappen, infolgedessen ungenügende Schonung des Beinkleids,
5. Strapezierung des Beinkleids infolge der beständigen Spannung durch die Strippe, Zerreißen bei plötzlichem starkem Zug,
6. Verbrauch von Wichse oder Lederfett für die Strippe,
7. Verbrauch von Metallknöpfen und Nähmaterial,
8. Verbrauch von Arbeitskraft und -zeit bei Herstellung und Annähen der Strippe.

Rechnet man, daß im Deutschen Reiche von etwa 50 000 Personen solche Strippen getragen werden und daß jede durchschnittlich 15 cm lang und 3 cm breit ist, so ergibt sich der Aufwand eines **Lederriemens von** (4×15 =) 60 . 50 000 cm = **30 Kilometern Länge und 3 cm Breite,** den man für nützlichere Zwecke und vorteilhafter verwenden muß. Also fort mit diesen Lederstrippen.

Personalnachrichten.

— In den letzten Kämpfen in Westen starb für das Vaterland der Oberstabsarzt im Inf.-Reg. Nr. 75 Dr. Ludwig Scholz, seit einigen Jahren Nervenarzt in seiner Heimatstadt Bremen, allen Lesern dieses Blattes und wohl dem gesamten Pflegepersonal deutscher Heil- und Pflegeanstalten bekannt als Verfasser des bisher erfolgreichsten Leitfadens der Irrenpflege. — Geboren zu Bremen am 1. April 1868 als Sohn des wegen seiner reformatorischen Bestrebungen auf dem Gebiete der Irrenfürsorge rühmlichst bekannten ehemaligen Direktors der städtischen Krankenanstalt, absolvierte er seine Studien auf den Universitäten Erlangen und Göttingen, war

---

Am 3. November d. Js. verschied nach kurzem Leiden der Oberarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Johannistal

Herr Sanitätsrat Dr.

EDUARD KERRIS

im 56. Lebensjahre.

Der Verstorbene stand fast 30 Jahre im Dienst der Rheinischen Provinzialverwaltung. Mit der wissenschaftlichen Begabung und praktischen Tätigkeit, die ihn auszeichneten, verband er größte Pflichttreue und Berufsfreudigkeit. Seine Herzensgüte und unermüdliche Sorge für die Kranken sicherten ihm überall Dankbarkeit und Verehrung, sein lauterer Charakter und treuer kollegialer Sinn höchste Wertschätzung bei Vorgesetzten und Mitarbeitern.

Die Provinzialverwaltung betrauert aufrichtig diesen Todesfall, der dem erfolgreichen Wirken eines vortrefflichen Mannes ein allzufrühes Ziel gesetzt hat. Das Andenken des Verstorbenen wird hier stets in hohen Ehren stehen.

Düsseldorf, den 3. November 1918.

Der Landeshauptmann der Rheinprovinz:

v. Renvers

Königlicher Regierungs-Präsident a. D.

Bekanntmachung.

Die **Zwischenscheine** für die **4½% Schatzanweisungen der VIII. Kriegsanleihe** und für die **4½% Schatzanweisungen von 1918 Folge VIII** können vom

4. November d. Js. ab

in die endgültigen Stücke mit Zinsscheinen umgetauscht werden.

Der Umtausch findet bei der **„Umtauschstelle für die Kriegsanleihen", Berlin W 8, Behrenstraße 22,** statt. Außerdem übernehmen sämtliche Reichsbankanstalten mit Kasseneinrichtung bis zum **15. Juli 1919** die kostenfreie Vermittlung des Umtausches. Nach diesem Zeitpunkt können die Zwischenscheine nur noch unmittelbar bei der „Umtauschstelle für die Kriegsanleihen" in Berlin umgetauscht werden.

Die Zwischenscheine sind mit Verzeichnissen, in die sie nach den Beträgen und innerhalb dieser nach der Nummernfolge geordnet einzutragen sind, während der Vormittagsdienststunden bei den genannten Stellen einzureichen; Formulare zu den Verzeichnissen sind bei allen Reichsbankanstalten erhältlich.

Firmen und Kassen haben die von ihnen eingereichten Zwischenscheine rechts **oberhalb** der Stücknummer mit ihrem Firmenstempel zu versehen.

Mit dem Umtausch der **Zwischenscheine** für die **5% Schuldverschreibungen der VIII. Kriegsanleihe** in die endgültigen Stücke mit Zinsscheinen kann erst später begonnen werden; eine besondere Bekanntmachung hierüber folgt alsdann.

Von den Zwischenscheinen **der früheren Kriegsanleihen** ist eine größere Anzahl noch immer nicht in die endgültigen Stücke umgetauscht worden. Die Inhaber werden aufgefordert, diese Zwischenscheine in ihrem eigenen Interesse möglichst bald bei der **„Umtauschstelle für die Kriegsanleihen", Berlin W 8, Behrenstraße 22,** zum Umtausch einzureichen.

Berlin, im Oktober 1918.

Reichsbank-Direktorium.

Havenstein. v. Grimm.

kurze Zeit Schiffsarzt beim Lloyd, um dann als Assistenzarzt an der bremischen Krankenanstalt sich zu vervollkommnen. Obwohl er nach seinen Eigenschaften und seinem Können wie nur einer zur allgemeinpraktischen Tätigkeit sich eignete, ging er doch definitiv zur Psychiatrie über und war, vorgebildet durch den Dienst am St. Jürgenasyl, der psychiatrischen Abteilung des Bremer Krankenhauses, zunächst mehrere Jahre Pelmans klinischer Assistent. Früh hatte er dann das Glück, in eine leitende Stellung zu gelangen. Schon 1897 wurde ihm die Organisation der Heilanstalt Waldbroel übertragen. Hier bewährte er sich und wurde nach wenigen Jahren mit der Aufgabe, die neue Heil- und Pflegeanstalt Obrawalde bei Meseritz einzurichten, betraut. Getreulich und mit bestem Erfolg widmete er sich dieser schönen Aufgabe und gab sicher sein Bestes, um die Irrenfürsorge der Provinz zu fördern, was ihn jedoch nicht hinderte, freimütig seiner Skepsis hinsichtlich der Aussichten der Psychiatrie auf dem Gebiete der Therapie Ausdruck zu geben (s. seinen kleinen Aufsatz „Die Heilaussichten in der Irrenanstalt" in dieser Wochenschrift Jahrgang 1907 Nr. 21). Sein freimütiges Bekenntnis hatte gewiß einen richtigen Kern, gewiß überwiegt die Zahl der Fachgenossen, die seine Meinung teilen, daß unsere Therapie der Mehrzahl der Geistesstörungen ohnmächtig gegenübersteht, daß der Faktor des Endogenen eine in seiner Gesetzmäßigkeit noch unerkannte Rolle bei Erkrankungen und Genesungen spielt, daß es Überhebung ist, wenn der Psychiater von Heilung im Sinne des gewollten Endergebnisses seiner ärztlichen

Leistung bei Fällen mit glücklichem Ausgang sprechen wollte. Aber die Bedeutung der Anstalt darf gewiß nicht unterschätzt werden, und Äußerungen irrenärztlicher Skepsis konnten, zumal in damaliger Zeit eines höchst segensreichen Aufschwungs unsres Anstaltswesens, leicht hemmend einwirken. Scholz hat das sicher nicht gewollt, aber er mußte die Folgen seines Freimuts tragen, die Harmonie mit seiner vorgesetzten Behörde erfuhr Störungen, die ihn von Obrawalde nach Kosten führten. Wie rasch und eifrig er dann in die neue Aufgabe sich versenkte, dafür zeugt sein prächtiges Buch über anormale Kinder, ein Ergebnis seiner Studien an den idiotischen Pfleglingen der im Wechsel ihm übertragenen Kostener Anstalt. — Nur wenige Jahre hat er ihr vorgestanden. Der das Recht freier Meinungsäußerung beanspruchende Arzt zog die letzten Konse-

quenzen aus der Versetzung und schied freiwillig und ohne berechtigte Ansprüche geltend zu machen aus seinem Posten, um fortan in Bremen als Spezialarzt zu wirken. Und er fand den Weg zum Publikum trotz 15-jährigem Fernsein von der Vaterstadt wie nur einer und würde sein Beschreiten nie zu bereuen gehabt haben, wäre ihm nicht der Tod auf dem Felde der Ehre beschieden gewesen. — Wer ihm persönlich nahe getreten ist, wird diesen sonnigen, aufrechten Menschen mit einer hochbetagten Mutter, die in ihm ihr letztes Kind verlor, aufrichtig betrauern. Dannemann, Heppenheim.

— **Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Herborn.** Der 1. Oberarzt Dr. Erk hat die Rote-Kreuz-Medaille III. Klasse erhalten.

— Gelegentlich der **250-Jahrfeier** der **Chemischen Fabrik E. Merck** in Darmstadt, die am 24. August in Anwesenheit des Großherzogs von Hessen und von Vertretern der Behörden, zahlreicher wissenschaftlicher Körperschaften, industrieller Verbände usw. durch einen Festakt begangen wurde, wurde der Geh. Med.-Rat Dr. phil. E. A. Merck von der medizinischen Universität Gießen zum Dr. med. h. c., von der Technischen Hochschule zu Darmstadt zum Dr.-Ingenieur ehrenhalber ernannt. Der Großherzog von Baden überreichte persönlich eine Reihe von Auszeichnungen an Inhaber und Angestellte der Firma. Dem Dr. phil., Dr. med. h. c. Willy Merck wurde der Charakter als Geheimer Kommerzienrat verliehen. Die Inhaber der Firma haben aus Anlaß des Jubiläums Zuwendungen an Beamte und Arbeiter sowie Stiftungen für wissenschaftliche, gemeinnützige und wohltätige Zwecke im Betrag von einer Million Mark gemacht.

Der heutigen Nummer liegt eine Karte der Firma **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle,** bei, auf die wir unsere Leser hinweisen.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. Nr. 33/34. 1918/19.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).
Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 33/34. 23. November **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Herrn Geh. Med.-Rat Sioli zum 1. November 1918.

Von Prof. **Raecke**, Frankfurt a. M.

Am 1. November wurden es 30 Jahre, daß Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Sioli seine erfolgreiche Tätigkeit als Direktor der hiesigen Irrenanstalt begonnen hat. Bei dieser Gelegenheit erscheint es angezeigt, einen kurzen Rückblick zu werfen auf das, was der Jubilar in der verflossenen Zeitspanne geleistet hat:

Als Sioli im Jahre 1888 die Leitung des Frankfurter Irrenwesens übernahm, bestand wohl die vom bekannten Struwelpeter-Hoffmann auf der Affensteiner Höhe in den sechziger Jahren begründete Heil- und Pflegeanstalt, doch vermochte diese mit ihren nur 200 Plätzen schon längst nicht mehr den an sie herantretenden Anforderungen gerecht zu werden. Vielmehr mußte bei der herrschenden Überfüllung eine immer wachsende Zahl von Kranken in auswärtigen Privatanstalten und Klöstern untergebracht werden.

Sioli hatte in Berlin unter C. Westphal gearbeitet, sich dann dem Provinzialdienst zugewandt und zuletzt an der Schlesischen Landesanstalt Bunzlau die Direktorstelle innegehabt. Neben großem wissenschaftlichem Können und praktischer Erfahrung brachte er auf seinen neuen Posten eine bewundernswerte Arbeitskraft und Unternehmungslust mit. Packend hat der Augenzeuge Alzheimer in seinem Aufsatze „25 Jahre Psychiatrie" geschildert, wie mit Siolis Erscheinen sogleich ein frischer fortschrittlicher Zug in die Frankfurter Irrenanstalt einzog: Mit allen Zwangsmitteln wurde an einem Tage aufgeräumt, den Kranken möglichst weitgehende Freiheit gewährt, für Frischerkrankte und Unruhige Bettbehandlung eingeführt. Die zu diesem Zwecke erforderlichen baulichen Veränderungen wurden sogleich in Angriff genommen. Auch für bessere Ausbildung der Ärzte ward Sorge getragen, ein Laboratorium errichtet; die Hebung des Wartepersonals durch Verbesserung seiner wirtschaftlichen Lage mit Erfolg angestrebt.

Durch seine rastlose organisatorische Tätigkeit und energisches persönliches Eingreifen in alle Zweige des Krankendienstes schuf sich so Sioli die Anstalt nach seinen Wünschen um und machte sie bald zu einer der fortgeschrittensten in Deutschland. Allein mit der Erreichung dieses Ziels erlahmte sein Reformdrang keineswegs. Unentwegt strebte er weiter, entwarf in Fülle eigene Pläne, prüfte fremde Vorschläge und suchte sich alle wirklichen Verbesserungen alsbald zu eigen zu machen.

So war z. B. Sioli einer der ersten, der die Behandlung mit verlängerten warmen Bädern bei Erregungszuständen in ihrer vollen Bedeutung erkannte und in zweckentsprechender Weise einführte, um dadurch die Verabreichung chemischer Beruhigungsmittel tunlichst einzudämmen. Um die Aufnahme Frischerkrankter möglichst zu erleichtern, scheute er weder Mühe noch Verantwortung und machte in Wort und Schrift auf diese Forderung aufmerksam. Niemals sträubte er sich gegen die Einlieferung Betrunkener, sondern unterzog sich bereitwillig den Unbequemlichkeiten zahlreicher lärmender Nachtaufnahmen, weil er überzeugt war, daß nur so wirklich alle auf der Straße bewußtlos aufgefundenen Personen rechtzeitig in entsprechende Behandlung gelangten. Die chronischen Alkoholisten, welche seiner Anstalt zugeführt wurden, trachtete er mit ausdauernder Geduld trotz ihrer mannigfachen Rückfälle immer wieder an regelmäßige Arbeit zu gewöhnen, verschaffte ihnen Schlafstellen und Handwerkszeug, nahm wohl so-

gar ihren Lohn vorübergehend in Verwahrung, um sie besser vor Verführung zu schützen.

Sobald dann mit der Einführung des Gesetzes über Fürsorgeerziehung den krankhaften seelischen Abweichungen der Kinder erhöhte Bedeutung zukam, erkannte Sioli schnell, daß sich hier dem psychiatrisch geschulten Arzte eine neue dankbare Aufgabe eröffnete, und ging unverzüglich daran, eine besondere Kinderabteilung an seiner Anstalt zu schaffen, auf der neben ärztlicher Beobachtung und Behandlung auch für Erziehung und regelmäßigen Schulunterricht Sorge getragen werden sollte. Gerade diese allen Widerständen zum Trotz durchgesetzte Neuerung ist in mehrfacher Beziehung vorbildlich geworden und hat auf das Zustandekommen ähnlicher Schöpfungen in anderen Gegenden befruchtend gewirkt.

Vor allem aber hat Sioli von vornherein den Blick auf Erweiterung der Hauptanstalt durch Schaffung einer ländlichen Kolonie gerichtet. Die Beschäftigungsmöglichkeiten für Kranke in den Werkstätten und auf den Feldern der hart an der Stadt selbst gelegenen Anstalt erschienen ihm nicht ausreichend. Die oben geschilderte Verteilung der chronischen Fälle in verschiedenen weit auswärts gelegenen Privatinstituten war wegen der ungenügenden Überwachung keineswegs befriedigend. Siolis Versuch, ähnlich wie er es in Bunzlau mit bestem Erfolg begonnen hatte, ruhigere Kranke in der Nähe in Familienpflege zu geben, wollte bei den besonderen Frankfurter Verhältnissen nicht einschlagen. So trat er denn immer wieder mit dem Plane hervor, eine koloniale Nebenanstalt errichten zu dürfen.

Zunächst hatten solche Vorschläge keinen direkten Erfolg. Um der zunehmenden Überfüllung abzuhelfen und eine bessere Versorgung der chronischen Geisteskranken zu erzielen, beteiligte sich die Stadt 1895 an der Erbauung einer neuen Landesheilanstalt und erhielt damit das Recht, hier ihre eigenen hilfsbedürftigen Kranken unterzubringen. Damit wurde die Frankfurter Anstalt allmählich zur reinen Heilanstalt, aus der die alten chronischen Fälle verschwanden, während in ihre offene Epileptikerabteilung immer häufiger auch andersartige Nervenleidende gelangten. Die jährliche Aufnahmeziffer stieg auf 1500, wovon mehr als die Hälfte freiwillige Zugänge betrifft.

Auch dieser Entwicklung trug Sioli verständnisvoll Rechnung und förderte den Ausbau einer Station für „Nervöse" durch Vermehrung der therapeutischen Mittel und Einrichtung poliklinischer Beratungen. Dennoch verlor er nie sein ursprüngliches Ziel aus den Augen und sah sich in der Umgegend nach einem für die geplante Filiale geeigneten Gelände um. Vor allem seinen nimmer rastenden Bemühungen war es schließlich zu danken, daß im Jahre 1901 durch Ankauf der Hüttenmühle bei Köppern der Grund zur Entstehung der heutigen Nervenheilstätte gelegt ward.

Diese in reizender Gegend erfolgte Schöpfung ist Siolis eigenstes Werk gewesen. Mit nur geringen und ständig wechselnden Arbeitskräften, zumeist alten Trinkern, die zur Entwöhnung vom Alkohol in die Irrenanstalt eingewiesen worden waren, hat er aus dem felsharten, steinreichen Gebirgsboden, auf dem nur Ginster und Heide wuchsen, fruchtbare Felder und grünende Wiesen herausgeholt, den Gebirgsbach abgedämmt und das ganze Gelände mit festen Straßen durchzogen. Erst im Jahre 1911 wurde auf dem so gewonnenen Boden mit der Errichtung der neuen Anstaltsbauten begonnen. Bis dahin waren die Kranken, welche mit den Arbeiten in Köppern beschäftigt wurden, in vorläufigen Fachwerksbauten untergebracht. Ihre ärztliche Versorgung geschah von der Frankfurter Hauptanstalt aus. Durch solche zeitweisen Unzulänglichkeiten entstand wohl eine Fülle von Verdruß und Mehrarbeit, doch konnte das alles Siolis zuversichtliche Schaffensfreudigkeit niemals beirren. Bei jedem Wetter und zu jeder Jahreszeit war er persönlich draußen auf den Feldern, anspornend und beratend und um seine kleine Kolonie in wahrhaft väterlicher Weise besorgt. Jetzt, da die neu erbaute Nervenheilstätte eine selbständige Anstalt geworden ist, darf er mit Befriedigung zurückschauen auf die vielen Hindernisse, welche er überwältigen mußte, um das Ziel zu erreichen.

Die letzte Fortentwicklung im Frankfurter Irrenwesen, die Sioli miterlebt und tatkräftig gefördert hat, ist die Umwandlung seines „Stadtasyls" zur Universitätsklinik. Schon Jahre zuvor hatte er regelmäßige und gut besuchte wissenschaftliche Vorlesungen für Ärzte gehalten. Gerade die Lehrtätigkeit hatte für ihn stets einen besonderen Reiz, und jeder, der ihn gehört hat, weiß, wie anregend er seinerseits zu wirken imstande ist. So hat er auch trotz seines herannahenden Alters sich nicht gescheut, die neuen Pflichten eines Hochschullehrers auf seine schon reichlich belasteten Schultern zu laden und als Ordinarius an der jüngsten Universität Deutschlands noch während des Krieges die psychiatrische Ausbildung der medizinischen Jugend zu übernehmen.

Möge es dem Jubilar recht viele Jahre vergönnt sein, an dieser hohen Aufgabe zu arbeiten!

Bericht über die Ruhr-Epidemie in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen (Dezember 1916 bis Dezember 1917).

Von Direktor Sanitätsrat Dr. **Herting.**

In der vorletzten Dezemberwoche 1916 erkrankten in zwei geschlossenen Männerabteilungen eine größere Anzahl von Pfleglingen an Fieber und heftigem Durchfall mit blutigen Beimengungen ohne Schleim. Stuhlproben, die bereits am 23. Dezember dem Königlichen Untersuchungsamt in Düsseldorf eingesandt wurden, enthielten keine Ruhrbazillen; dennoch hielt ich es für geraten, dem Herrn Kreisarzt in Solingen darüber zu berichten und ihn um eine Besichtigung zu bitten. Diese erfolgte am 1. Januar 1917. Dem Herrn Landeshauptmann wurde über das Ergebnis am 2. Januar 1917 berichtet. Eine gemeinsame Ursache für die Hausendemie ließ sich nicht feststellen; einige russische Kriegsgefangene, die verdächtig scheinen konnten und in dem befallenen Hause untergebracht gewesen waren, hatten keinerlei klinische Symptome geboten und sind auch später nicht ruhrkrank oder ruhrverdächtig geworden. Der Herr Kreisarzt war mit den getroffenen Isolierungs- und Desinfektionsmaßnahmen einverstanden und hielt weitere Absperrungsmaßnahmen zunächst nicht für erforderlich, erachtete es aber für nötig, die Erkrankung doch als ruhrartig anzusehen. Am 8. Januar starb einer der Pfleglinge. Die Sektion ergab einen Befund, den wir als Ruhr ansprechen mußten, und diese Annahme wurde vom pathologischen Institut der Universität Bonn bestätigt. Inzwischen waren auch in einem dritten Hause Erkrankungen vorgekommen. Bis zum 22. Januar stieg die Krankenzahl auf 25 und daraufhin veranlaßte der Herr Regierungspräsident in Düsseldorf eine Ortsbesichtigung durch den Herrn Regierungs- und Medizinalrat und den Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes, die am 26. Januar stattfand. An derselben nahmen der Herr Kreisarzt und der Bürgermeister von Langenfeld teil. Auf Grund der Besprechung und der Bestimmungen des Herrn Reg.- und Medizinalrats wurden die ruhrkranken und ruhrverdächtigen Personen in einem Gebäude vereinigt, und dazu das Männerlazarett gewählt, das zur gemeinsamen Unterbringung von Männern und Frauen am geeignetsten schien. Diese Ruhrabteilung wurde einer Stationspflegerin, die als staatlich geprüfte Krankenpflegerin mit der Pflege ansteckender Kranker besonders vertraut war, unterstellt. Das Pflegepersonal der Ruhrkranken wurde ebenfalls in dieser Abteilung untergebracht und so eine vollständige Isolierung der Kranken und des Personals von der übrigen Anstalt erreicht. Während noch in der laufenden Berichtswoche (Ende Januar) aus einer Frauenabteilung neun Kranke dem Ruhrlazarett zugeführt worden waren, wird man als erfreuliches Ergebnis der strengen Isolierung ansehen dürfen, daß im Laufe des Februar die Erkrankungen wesentlich abnahmen und im März und April so gut wie ausblieben.

Im Februar kamen indessen ganz vereinzelte Fälle auch in bisher nicht befallenen Abteilungen vor; daraufhin vereinbarte ich mit dem Medizinaluntersuchungsamt in Düsseldorf eine systematische Untersuchung der Abgänge der Insassen der seuchenverdächtigen Abteilungen, die im Laufe des Februar und März stattfand, aber zu einer Ermittelung eines eigentlichen Seuchenherdes oder eines Bazillenträgers nicht führte. Überhaupt war das Ergebnis dieser bakteriologischen Untersuchungen wenig befriedigend. Unter den rd. 300 vom Kgl. Untersuchungsamt in Düsseldorf untersuchten Stuhlproben frisch erkrankter und rekonvaleszenter Personen wurden nur acht ruhrbazillenhaltige gefunden. Die Untersuchungen wurden durch die kalte Witterung, welche die Lebensfähigkeit der Ruhrbazillen und damit ihren Nachweis stark beeinträchtigte, sowie durch die infolge des Krieges bedingte schlechte Postverbindung sehr erschwert; wir waren genötigt, die Stuhlproben durch Boten nach Düsseldorf schaffen zu lassen und konnten trotzdem den Bakteriologen nicht befriedigen.

Am 7. März fand eine zweite Besichtigung und Besprechung durch den Herrn Regierungs- und Medizinalrat statt, an welcher auch der Landespsychiater Herr Geheimrat Dr. Neuhaus teilnahm. Nachdem festgestellt war, daß die Seuche augenscheinlich zum Stillstand gekommen war, wurde von weiteren Maßnahmen abgesehen und eine Fortsetzung der systematischen Untersuchung Nichtkranker für nicht angezeigt gehalten, auch schon zwecks Ersparnis an Untersuchungsnährböden.

Während des März und April sank die Krankenzahl unter 10; Anfang Mai begann sie indessen wieder zu steigen, und zwar in den beiden von Anfang an meist beteiligten Männerabteilungen G II und G III um 25 Köpfe, unter denen sich allerdings mehrere Kranke befanden, die schon einmal krank gewesen, aber klinisch und bakteriologisch genesen waren.

Da auch noch in den folgenden Wochen einige

neue Fälle vorkamen, schien es doch ratsam weitere Maßnahmen zu treffen. Am 21. Juni genehmigte der Herr Landeshauptmann die Einrichtung eines eigenen bakteriologischen Laboratoriums in der Anstalt, zwecks Fortsetzung der unterbrochenen systematischen Untersuchung der Anstaltsinsassen auf Bazillenträger unter Vermeidung der oben mitgeteilten Schwierigkeiten. Die Laboratoriumseinrichtung aus der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Düren wurde hierher überführt und für die Laboratoriumsarbeiten eine Bakteriologin (staatlich geprüfte Krankenschwester) angenommen; sie trat am 10. Juli ein. Am 21. August waren die Vorarbeiten soweit beendet, daß mit den Untersuchungen begonnen werden konnte. Es wurden rd. 500 Stuhl- und Blutuntersuchungen auf Ruhr ausgeführt. Als Nährboden für die Stuhluntersuchungen wurden gewöhnlicher zweiprozentiger Schrägagar, Lakmusmilchzuckeragar und Lakmusmolke verwendet. Die Agglutination des Blutes wurde mit Shiga-Kruse-, Flexner- und Y-Serum vorgenommen. Zur genauen Kontrolle wurde von jeder Stuhluntersuchung eine beimpfte Platte an das Medizinaluntersuchungsamt Düsseldorf geschickt. Die hiesigen und Düsseldorfer Untersuchungsergebnisse stimmten in allen Fällen überein. Es konnten in keinem Fall, trotzdem klinisch-diagnostisch Ruhr festgestellt war, Ruhrbazillen gefunden werden, ebenso waren alle Blutuntersuchungen negativ. Mit einer von Prof. Czaplewski, Cöln, angegebenen Färbung ausgeführte Präparate ergaben Kapselbazillen, die auf Lakmusmilchzuckeragar gebracht, Säure hervorrufen. Die gleichen Untersuchungsergebnisse wurden aus Cöln und Berlin gemeldet.

Nach dem oben erwähnten Anstieg der Erkrankungsziffer im Mai ist sie weiterhin in mäßigen Grenzen geblieben und hat wöchentlich drei nicht überschritten, wobei einzelne Wochen von Erkrankungen auch ganz frei blieben. Auf der Frauenseite kamen nach dem 21. Februar keine weiteren Krankheitsfälle vor. Die letzte Erkrankung bei den Männern erfolgte dagegen erst am 28. November. In der ersten Januarwoche 1918 wurde die Ruhrabteilung aufgelöst und nach stattgehabter Desinfektion der allgemeinen Benutzung wieder freigegeben.

Die Gesamtdauer der Ruhrepidemie betrug mithin rund ein Jahr.

Klinischer Verlauf der Ruhrerkrankungen.

Die Krankheit begann in allen Fällen in ähnlicher Weise:

Nach uncharakteristischen Verdauungsstörungen trat rasch zunehmender Durchfall, meist auch geringes Fieber auf. Die Stühle, die zunächst einfach diarrhoisch waren, wurden bald schleimig oder blutig-schleimig; in einzelnen Fällen wurde außergewöhnlich viel reines Blut entleert. Sie erfolgten sehr häufig unter Leibschmerz und höchst lästigem Stuhlzwang. Es bestand Druckempfindlichkeit des Bauches, Appetitlosigkeit und elendes Befinden.

In der Regel nahmen die Ausleerungen nach einigen Tagen oder Wochen an Zahl ab, wurden wieder fäkulent und geformt, doch blieb gewöhnlich noch längere Zeit Neigung zu Diarrhöe zurück. In einzelnen Fällen zeigte die Krankheit durchaus chronischen Verlauf, indem entweder die Durchfälle regelmäßig andauerten oder mit Zeiten deutlicher Besserung wechselten.

Komplikationen wurden nicht beobachtet. Die Behandlung bestand in Bettruhe, Schleimsuppen, Rotwein. An Medikamenten wurden mehrfach zu Beginn Abführmittel gegeben, ohne daß indes dadurch eine wesentliche Besserung bzw. rascherer Verlauf erzielt werden konnte. Sonst wurde in großen Mengen weißer Ton (Bolus alba) gegeben, außerdem Opiumtinktur und Tannalbin. Der Ton wurde ungern genommen, war aber anscheinend am wirksamsten. Ein von Merck angepriesener „Thymolester" blieb ohne jeden Einfluß auf den Krankheitszustand.

Statistik.

Als ruhrkrank wurden gemeldet 113 Männer, 21 Frauen, zus. 134 Personen, wobei von den Männern 11 mehrfach erkrankt und gezählt sind. Darunter befanden sich 3 Pfleger, 5 Pflegerinnen; davon war im Ruhrlazarett keiner beschäftigt gewesen.

Die 134 Krankheitsfälle verteilten sich auf die 22 Krankengebäude wie folgt:

Geschlossene Männerabteilung III	51
Geschlossene Männerabteilung II	27
Männerlazarett	20
Geschlossene Frauenabteilung I	14
Halboffene Männerabteilung I	6
Halboffene Männerabteilung II	6
6 verschiedene Männer- u. Frauenabteilungen	10.

Das zuerst ergriffene Haus M G III stellte mithin auch die absolut meisten Krankheitsfälle; 10 Krankengebäude blieben ganz verschont, darunter die 4 Villen, die dem Reservelazarett Galkhausen überwiesen waren.

Es genasen 84 Personen; davon wurden klinisch

und bakteriologisch genesen aus der Lazarettbehandlung entlassen: innerhalb des ersten Monats ihres Lazarettaufenthalts 69, innerhalb des zweiten Monats 13, innerhalb des dritten Monats 1, innerhalb des siebenten Monats 1.

Es starben 50 Personen; davon in der ersten Krankheitswoche 20, in der zweiten Krankheitswoche 10, in der dritten und vierten Krankheitswoche 10, im zweiten Monat 2, im vierten Monat 4, im fünften Monat 2, im sechsten Monat 1, im siebenten Monat 1.

Von den 84 Genesenen standen im Lebensalter von 20 bis 40 Jahren 44, von 41 bis 60 Jahren 27, von 61 bis 80 Jahren 10, über 80 Jahre 3.

Von den 50 Gestorbenen standen im Lebensalter von 20 bis 40 Jahren 17, von 41 bis 60 Jahren 21, über 60 Jahre 12.

Von den Gestorbenen litten an Altersverblödung 15, Paralyse 12, Epilepsie 6, einfacher Seelenstörung 17.

Seelenkundliches.

Von **J. Bresler.**

„Staatsphysiologie."

So nennt Verworn das, was er im „Berliner Tageblatt" vom 5. August 1917 vorschlägt: man soll in der Politik den physiologischen Grundlagen des menschlichen Staates Rechnung tragen und sich für alle organisatorischen Probleme des Staatslebens beim lebendigen Organismus Rat holen. Die Produktion von Kulturwerten ist nämlich — nach ihm — zum großen Teil eine spezifische Funktion des politischen Staates: Kultur nichts anderes als die Gesamtheit der vom Menschen geschaffenen Mittel zur Erhaltung und Förderung seines Lebens. Also ist das letztere Hauptzweck des Staats. Das wußte man schon. Daß der Staat, der Volkskörper ein lebendiger Organismus selbst ist, mit Arbeitsteilung unter die Einzelnen und mit Ordnung, Leitung und Überwachung des Betriebs von einem Mittelpunkt aus, ganz wie beim Zellenstaat des menschlichen Körpers, diesen Vergleich hat man schon oft aufgestellt. Verworn meint, es sei unbedingt nötig, daß man sich einmal davon überzeugt, daß unsere gesamte Kulturentwicklung nichts anderes ist, als ein spezieller Fall der organischen Entwicklung überhaupt. Davon ist man längst überzeugt. Der niedere, einfache Organismus, sagt Verworn ganz richtig, nimmt zu den Vorgängen der Umwelt, soweit sie ihn berühren, Stellung durch einfachste Reflexaktionen, der höhere durch zielbewußte Benutzung früherer Erfahrung und überlegtes Handeln. Aber auch bei Verworn wieder der alte Irrtum, Reflexe und bewußte Handlung als niedrig und hoch zu stempeln. Ich hätte nicht geglaubt, daß in der Seelenkunde noch eine Kopernikusaufgabe zu erfüllen war. Unsere Lebensäußerungen bewegen sich oder stehen auf allen bekannten „Stufen", wenn man zunächst einmal dieses Bild gelten lassen will, vom einfachsten eindeutigen Reflex der Urzelle bis zum kompliziertesten Denk- und Willensakt, und in jeder Sekunde ist die ganze Reihe dieser Äußerungen wie ein großer Akkord aus ungezählten Instrumenten in jedem einzelnen Menschen gleichzeitig tätig, vom einfachsten Reflex zum kompliziertesten Denk- und Willensakt. Denken und Wollen ist aber nicht in dem Sinn ein höherer oder höchster Akt, daß er wie ein Oberes zum Tieferen stände und nach Art und Wesen vom Reflexe verschieden wäre, sondern eine Summe, eine Einheit von Einzelreflexen. Wenn wir schon von hoch und niedrig dabei sprechen wollen, so können wir nur die Sicherheit der Leistung als Maßstab anlegen, denn die Leistung ist für jeden Organismus derselben Art: Anpassung und Selbstförderung, und da steht der Reflex an oberster Stelle. Das sehen wir beim Menschen nicht bloß da, wo die wichtigsten Triebe wirken, sondern bei seinen kompliziertesten erworbenen Leistungen. Wie könnte ein Violinspieler zu Meisterschaft gelangen, wenn er sich nicht über die bewußten und gewollten Bewegungen von Arm, Hand und Fingern zum reflexmäßigen, automatischen Spiel derselben mühsam hindurch, in die Höhe gearbeitet hätte. Wie könnte ein Mathematiker die verwickeltsten Aufgaben lösen, wenn sich Formeln und Begriffe nicht ganz von selbst einstellten und abwickelten, sondern jedesmal von neuem und wie von Anfang an bei jeder Aufgabe eingeprägt werden müßten. Wie könnten wir willensfrei handeln, wenn das Abwägen der Beweggründe immer wieder von vorn beginnen müßte, wenn es nicht spielend leicht vor sich ginge, wirklich „willensfrei", nämlich — so paradox das klingt, vom Willen befreit wäre, d. h. frei vom Wählen, denn Wollen hängt mit

Wählen zusammen, — wenn wir also in jedem Augenblick vor ein Wählen, eine Wahl gestellt wären; wie mühsam würden wir uns dann durchs Leben schleppen. Wollen und Wählen bedeutet: von zwei oder mehreren Dingen eins heraussuchen; der Reflex, der Instinkt hat das nicht mehr nötig; er ist über diese Schwierigkeit der Anpassung hinaus; er ist Ergebnis und sicherste Art der Anpassung, und er steht, wenn wir das Bild der Treppe benutzen, auf höchster Stufe. Und wenn wir den Rang nach Alter und Dauer bemessen, so steht auch von diesem Gesichtspunkt Reflex und Instinkt an höchster Stelle, denn er ist ohne Zweifel die am längsten bestehende und am längsten währende Form der Anpassung, die vollendete Anpassung. Aber er ist nicht die ursprüngliche Form derselben. Denn wir können uns den Anfang der Anpassung, ihr Entstehen, nur unter der Form des Suchens nach dem Förderlichen unter den Dingen der Umgebung vorstellen, unter der Form des Wählens. Den Zustand des Wählens muß jeder Organismus, auch die Urzelle, durchlaufen haben, ehe er den fertigen sicheren Mechanismus von Reflex und Instinkt erworben hat. Wählen und Wollen steht am Anfang jeder Anpassung an die Umgebung und jedes Versuchs, sie zu überwinden, nicht nur bei der selbständigen Einzelzelle, sondern auch beim Zellenvolk. In diesem Sinne kann man sagen, daß wir, bis zum Tode, mit jeder Sekunde das Leben immer wieder von neuem beginnen. Reflex und Instinkt ist der fertige Mechamus, der sicherste Leistung in den lebenswichtigsten Vorgängen gewährt. Der gröbste Eingriff in die Willensfreiheit ist nicht so gefährlich wie die leiseste Störung im Reflexmechanismus der Atem-, Herz- und Darmtätigkeit.

Und nun zurück zur „Staatsphysiologie". Die Selbsterhaltung des Staates wird am sichersten gewährleistet und gefördert durch die dauernd und tief eingewurzelten, alten Mechanismen, die dem Reflex und Instinkt im Einzelorganismus entsprechen, nicht durch Abirren davon, nicht durch Herumprobieren, Suchen, Wählen, nicht durch unfertige, unerprobte Mechanismen von vorübergehender Bedeutung, die unter dem Wechsel der Dinge auftauchen und schwinden und von denen vielleicht einer, und zwar erst in vielen Jahrtausenden zu der hohen Stufe des Reflexes, des Volksinstinktes, des ausgesprochenen Nationalbewußtseins emporsteigt und ausreift. Denn wenn schon die Reflexeinrichtungen in Einzelkörpern und Einzelzellen uralt sind, — wie unendlich viel mehr Zeit braucht es, bis sich solche in einem Volke entwickelt haben. Das rät der lebendige Organismus dem Politiker.

Verworn spricht immer nur vom „Staat", vom „sozialen Organismus des politischen Staats" und vom „Zellenstaat"; nur nebenher sagt er, daß die Staatenbildung von lebendigen Zellen gemeinsamer Abstammung das natürlichste Urbild aller menschlicher Staatenbildung, des einfachsten Familienverbandes einer wilden Horde sowohl wie des größten Nationalstaats ist. Voraussetzung ist ja aber gerade die gemeinsame Abstammung wie beim Zellen„staat", und da spricht man bei solchen Betrachtungen nicht vom Staat, sondern vom Volk, ein Wort, das Verworn in seinem Aufsatz überhaupt nicht verwendet, von Volk mit einheitlicher Abstammung, Sprache, Religion, Geschichte; wo diese natürlichen, gesunden Verhältnisse in einem Staat nicht obwalten, kann man von einer „Staatsphysiologie" überhaupt nicht reden, sondern, je nach Lage, vielmehr von „Staatspathologie" mit besonderer Berücksichtigung der Fremdkörperkunde.

Wo aber jene uralten Instinkte vorhanden sind und ganz unbewußt wie Reflexe in der Seele des Volkes wirken, da steht seine Wurzel so unerschütterlich fest, daß kein Weltensturm und -strom es von der Erde vertilgen kann, da braucht es nicht einmal einer Staatsform, und keiner „Staatsphysiologie", nicht einmal einer Scholle, um daran zu haften, wie dies das Beispiel mancher Völker und Rassen lehrt, die in ihren Traditionen ihre Instinkte heilig halten und pflegen und, weil darin die konservativsten, auch die konserviertesten sind, unbeschadet ihrer aktiven Teilnahme an menschlichem Fortschritt jeglicher Art.

Es ist England, wo das Wort konservativ zuerst aufgetaucht ist; nämlich im Jahre 1831 (Wahl, Sybels Historische Zeitschrift Bd. 104 S. 559); erst wenige Jahre darauf erscheint es im Deutschen.

Nietzsche sagt in: Der Wille zur Macht (Taschenausgabe, Nr. 68): Was eine Moral, ein Gesetzbuch schafft, das ist der tiefe Instinkt dafür, daß erst der Automatismus die Vollkommenheit möglich macht im Leben und Schaffen. Ich meine: umgekehrt — der tiefe Instinkt schafft Moral und Gesetzbuch.

Auflösung und Untergang des Triebes vollzieht sich rückläufig auf demselben Wege, den er bis zu seiner Vollkommenheit genommen hatte, d. h. der Trieb stirbt, indem er wieder zur Willenshandlung herabsinkt, von der Stufe der unfehlbaren Sicherheit

zum unsicheren Wählen, Schwanken und Tasten zwischen rechts und links.

Ungewöhnliche Überspannung des Persönlichkeitsbegriffs.

Nikolaus von Kues (Nicolaus Cusanus), mit dem die Philosophie der Neuzeit beginnt, hat eine Schrift verfaßt, die Idiotes betitelt ist. Es ist schwer ein deutsches Wort dafür zu finden. Gemeint ist damit der auf höchster Stufe philosophischer Denktätigkeit stehende Mensch, der, unbeeinflußt vom Lauf der äußeren Dinge, ganz im Sinnen über die großen Fragen der Weltweisheit aufgeht, der kraft seines Geistes ein eigenes Weltbild schafft, das Dasein in seiner ganzen Tiefe empfindet und erlebt; wir würden heute sagen: ein eigenes philosophisches System aufbaut; kurz ein philosophischer Genius. Wir würden Plato, Leibniz, Kant, Fichte, Schopenhauer usw. dazu rechnen. Idios heißt eigen, idiotes also ist einer, der in höherer Bedeutung eine eigene Art aufweist und, durch sie, etwas Eigenes, Höchstpersönliches schafft. Ich war beim ersten Durchlesen des Buches: Politik und Moral von Baumgarten, Kiel [Tübingen 1916, J. C. Mohr (P. Siebeck)] zunächst versucht zu glauben, daß dem Verfasser Geist- und Seelengröße eines solchen Philosophen vorschwebte. Doch war das ein Irrtum. Es ist nicht Ursprünglichkeit und Größe persönlicher Leistung, sondern nur außergewöhnliche gefühlsmäßige Bewertung „persönlichster" Eigenart. aufs Schärfste nach dem Persönlichen hin zugespitzte Lebensauffassung, die in dem Schlußabschnitt: Politik und Persönlichkeitskultur von Baumgarten zur Geltung gebracht und als Ideal hingestellt wird. Nur aus diesem Grunde bietet diese Schrift auch für den Psychologen hohes Interesse, und zwar ungemein hohes, und soll an dieser Stelle darauf eingegangen werden. Zum Verständnis müssen wir aber die voraufgehenden Abschnitte, die hier weniger interessieren, kurz streifen.

Nach Rückblick über das Verhältnis des persönlichen sittlichen Empfindens zum nationalen, des nationalen zum übernationalen in frühen Zeiten, nachdem im besonderen ins Gedächtnis gerufen, wie die alttestamentliche Sittlichkeit nicht den Gegensatz von individuellen und völkischen, politischen, nationalen Rechten und Pflichten kannte, wie Aristoteles und allen Griechen der besten Zeit der Staat die vollständige Verwirklichung der Sittlichkeit war — ich vermisse ein Kapitel: Politik und Moral bei den Römern —, nach Aufzählung der Ansichten der katholischen, lutherischen, kalvinistischen Welt, Macchiavellis, Friedrichs des Großen, Bismarcks, wird im zweiten Teil das „Grundgesetz" der Politik: Macht ist Recht und Sittlichkeit — behandelt, Treitschke, Fr. v. Bernhardi, Nietzsche kommen zu ihrem Recht, es wird gezeigt, was man vom britischen Imperialismus noch immer lernen könne, daß man unter dem Grundsatz: der Zweck heiligt die Mittel — etwas Edleres zu verstehen habe als man seinen Vertretern gewöhnlich zutraue, in gewissem Sinne sogar ein Welt- und Existenzgesetz; mit Beispielen aus der Geschichte wird dies erläutert und damit, daß zur Erlösung der Menschheit notwendige und gewollte Voraussetzung ihre Verstrickung in Sünde und Schuld und ihr Mißbrauch der Willensfreiheit ist, daß die englische Kolonialpolitik ohne Frage, bei allem entschlossenen, brutalen Eigennutz, durchweg ein bedeutender Kulturfortschritt für die beherrschten Völker gewesen usw.

Nun das erwähnte Schlußkapitel.

Es mag manchem wegen starken Empfindens und begeisterter Auffassung seines Einzeldaseins der Glaube zugestanden werden, daß nur die Persönlichkeit höchstes Glück der Erdenkinder ist, aber es scheint mir unzutreffend die Behauptung (S. 168), daß diese Lebensauffassung Goethes durch alle Begeisterung und Hingabe für Staat und Volk nicht aufgehoben werden kann. Wenn von Baumgarten als „einleuchtend" bezeichnet wird der über inneren Zwist des Bürgers hinweghelfen sollende „Grundsatz": „Für einen Krieg, den ich persönlich nicht billige, kann ich nicht verantwortlich sein; dennoch bleibe ich im Falle eines solchen Krieges verpflichtet, dem Vaterland meine Dienste zu leisten" — so muß dem gegenüber auf Treitschkes Forderung hingewiesen werden, deren Erfüllung Baumgarten für schwierig hält: „Der Einzelne soll ein Glied seines Staates sein und daher den Mut haben, auch die Irrtümer des Staates auf sich zu nehmen". Als beispielsweisen Fall für die Fraglichkeit der Gefolgschaft des Einzelnen führt Baumgarten an, ob er verpflichtet wäre, einem preußisch-deutschen Staat dienstbar zu bleiben, der etwa Annexionen widerstrebender Völker mit Hilfe von Expropriierung und Exmittierung vornähme (S. 169), und weist auf die Hugenotten als nachahmenswertes Beispiel hin, weil sie „die Persönlichkeit über den Staat stellten" (S. 171). Das will Baumgarten noch weiter ausgedehnt wissen: ihm stehen die „heiligen" Rechte des persönlichen, inneren Lebens überhaupt über dem Staat und den Rechten des Staats

(S. 171); er sagt, der Staat könne nicht Gefühle und innere Abhängigkeit befehlen, nicht eine Staatsreligion oder „normale" sittliche Gefühle aufoktroyieren usw. Baumgarten vergißt, daß Staaten das nicht nur können, sondern es auch tun, und daß die Kirche sich seit Jahrhunderten des Staates zu diesem Zwecke bedient. In welchem Chaos von Lehren, Gegenlehren und Irrlehren, in welcher unendlichen Zahl sich bekämpfender Sekten und Gemeinden würde sich das religiöse Empfinden, an dessen Wiege Furcht und Schwäche Paten stehen, ihm aber zugleich die größten und äußersten Kräfte verleihend, sich verirren und verlieren, wenn es nicht, wo nötig durch Gesetz und Zwang auf sicherer Bahn zu festen Formen geleitet wäre und in solchen gepflegt und gehegt würde! Die Weltgeschichte gibt die Antwort darauf.

Ist gerade heute die Mahnung zeitgemäß (S. 173): „Wir müssen uns doch hüten, in unserem so wohlbegründeten Staatsgefühl nicht zu weit zu gehen und Nation und Staat zu einem Abgott zu machen, dem am Ende sich alles unterordnen muß?", und das Bekenntnis Baumgartens verständlich (S. 173): „Der Staat und die Nation ist der Güter Höchstes nicht!"?

Baumgarten deutet den Sinn des Ausspruchs: „Des Lebens Inhalt ist des Lebens Leistung" so: Das höchste Gut, nach dem jeder zu trachten hat, ist die Erfüllung seines persönlichen Wesens mit „unvergänglichen" Werten, die „Verarbeitung alles Äußerlichen zu innerem Besitz", die wirkliche Aneignung desselben zu einem charaktervollen Ganzen von „persönlichster" Stempelung, und er lehnt es ab, den Satz Goethes umzudrehen und in der Leistung eines Lebens für Kultur, Nation, Geschichte den Maßstab des Lebensinhalts zu sehen, er sagt, er müsse es ablehnen (S. 174). Er hält es für eine gewiß vorübergehende Welle, wenn „heute" alles national abgegrenzt wird, auch die „religiösen Ideale". Diese Zeitbeschränkung ist nicht zutreffend. Nach Baumgarten wird sich ein deutscher Idealist und Volksfreund mit Dickens oder George Eliot „unendlich näher verbunden fühlen" als mit Häckel oder gar Stirner. Baumgarten bekämpft die Einspannung unseres ganzen Lebens in den Staatsbetrieb, in den öffentlichen Dienst als höchsten Erdenzweck, indem er die Bewahrung und Reife des übernationalen persönlichen Wesens als „höheren Daseinszweck" behauptet, auf der anderen Seite vertritt er die selbständige Moral des politischen, staatlichen Lebens und ihre verpflichtende Kraft für alle, die zur Politik berufen sind, auch die heilige Pflicht aller, sich irgendwie am staatlichen Leben zu beteiligen (S. 178). Er sieht in dieser „ungelösten Dissonanz" das „tragische Gesetz der Erdenwirksamkeit".

Meines Erachtens setzt ein solches Empfinden, Erleben und Erstreben des Persönlichen, ein solches Sichherausheben des Ichs über die Wirklichkeit, besondere körperlichseelische Veranlagung voraus, nicht im Sinne höherer Leistungsfähigkeit und des Bewußtseins derselben, sondern im Sinne eines seelischen Bedürfnisses, einer seelischen Ungeschlossenheit, denn gerade bei Menschen, die nach dem Urteil von Mit- und Nachwelt Großes geleistet haben, ist die Abschließung des Ichs um so geringer, je mehr sie geschaffen. Man findet dagegen eine besondere Mannigfaltigkeit von Typen, denen das Bedürfnis eignet, sich abzusondern, ihre Eigenart zu kultivieren und zur Schau zu tragen, in ihrem Werk zum Ausdruck zu bringen, oft unter kleinen Künstlern. Eine andere hierher gehörige Art entwickelt sich auf dem Boden gesteigerten Rechtsgefühls, das aber nicht ein höheres und feineres Empfinden für Recht im allgemeinen ist, sondern das seinem Träger ständig innewohnende, ihn beherrschende Gefühl des Bedrohtseins seiner Rechtsinteressen, neben dem das Gefühl für das Recht der anderen zurücktritt. Dort gruppiert sich alles Sinnen und Trachten um ein persönliches, privates Kunst-, hier um ein ebensolches Rechtsideal, in beiden nur aus seelischer Unausgeglichenheit und geringer Kraft des Geistes verständlich.

Die negative Disposition.

Von San.-Rat Dr. **J. Bresler.**

H. Oppenheim bemerkt in seinem Aufsatz: Zur Frage der traumatischen Neurose (Deutsch. med. Wochenschr. vom 21. Dezember 1916), daß wir kein Recht haben, die individuelle Reaktion als psychopathische Reaktion zu deuten und zu bewerten und aus der Tatsache, daß ein Mensch infolge eines psychischen oder mechanischen Insults an einer hartnäckigen Neurose erkrankt, auf eine schon vorher kranke Persönlichkeit zu schließen; von Tausenden, die Syphilis, Typhus, Diphtherie usw.

überstanden haben, erkranke nur ein kleiner Bruchteil an postinfektiösen Nervenleiden.

Das Prozentverhältnis bei den einzelnen Seuchen ist verschieden, bei Typhus, Grippe und Diphtherie ein so hohes, daß gerade die große Zahl, abgesehen von der Gleichförmigkeit der Symptomgruppen, dagegen spricht, daß nur individuell Veranlagte nervös nacherkranken, und es wahrscheinlich macht, daß die Bevorzugung des Nervensystems manchmal in der besonderen Toxinart gewisser Bakterienstämme liegt. —

Es ist m. E. aber auch folgendes zu beachten: es erkranken nicht selten gerade ganz Gesunde an Infektionskrankheiten, und bei Typhus ist es bekannt, daß oft gerade Personen von blühendem Aussehen und bestem Ernährungs- und Kräftezustand befallen werden.

Auch bei posttraumatischen Neurosen hat die Anlage zu Erkrankung ein Kehrbild: die Disposition mit negativem Vorzeichen oder, wenn man eine besondere Bezeichnung dafür braucht, die negative Disposition.

Was wir im gewöhnlichen Leben als Vorzug von Geist und Nerven ansehen: Schnelligkeit und Feinheit im Empfinden und Erfassen, Nachhaltigkeit der Eindrücke, Treue des Gedächtnisses, scharfe Unterscheidung und Abwägung bei Werturteilen, weitausschauendes Überlegen, Umsicht, Erfindung neuer Gedankenverbindungen — kurz alles, was als höhere geistige Entwicklung und Begabung, als feinere Differenzierung[1]) zu gelten pflegt. aber auch als höheres Maß von geistiger Kraft und Gesundheit, als höhere Kultur, das ist auch im höheren Maß der Gefahr einer Schädigung ausgesetzt. Daß in der größeren Geisteskraft auch ein Mehr von Wille zur Selbstrettung aus nervösen

[1]) Gesteigerte Differenzierung bedeutet auch erhöhte Anpassung, verminderte Differenzierung Verminderung der Anpassung und der Lebensfähigkeit. Auch im Volkskörper bedeutet Mangel an Differenzierung mit seiner Wirkung („Gleichheit", „Gleichberechtigung") eine Verminderung der Volkskraft, die Gleichmacherei Selbsttötung des Volkskörpers, wie die Geschichte lehrt. Gleichmacherische Bestrebungen sind stets die ersten Anzeichen und die Vorstufe des Verfalls eines Volkes gewesen. Es ist ein eigenartiger tragischer Wahn, eine Art Euphorie des Sterbenden, daß solche Zeichen der Auflösung, des Rückschreitens regelmäßig als „Fortschritt" empfunden werden — eine Euthanasie.

Beschwerden gegeben sein kann, wie wir es bei vielen Geistesheroen finden, darf darüber nicht hinwegtäuschen.

Es ist nicht immer etwas Abnormes, was Entstehung von Krankheit begünstigt, es ist zuweilen gerade das nach Art und Grad aus dem Mittelmäßigen hervorragende, das Individuelle, die Eigenart im besten Sinne des Wortes. Wir stoßen auch hier auf das Tragische des Individuellen, worauf Simmel in seinem „Rembrandt" so treffend hingewiesen hat (vgl. Seelenkundliches, diese Woch. 20. Jahrg. 1918 S. 98), eine Tragik, die durch das Gegenstück noch erhöht wird, die negative Auslese, das Überleben und Überhandnehmen Untüchtiger.

Nachtrag. Die gegenwärtige Grippe mit dem fast ständigen Zusatz in den Todesanzeigen: „im blühenden Alter" usw. bestätigt obige Ausführungen. Nur vom anthropozentrischen Standpunkt aus wird man nicht einzusehen vermögen, daß die für den Menschen beste Qualität seiner Körpersäfte zugleich für manche Kleinwesen der beste Nährboden sein können.

Referate.

— Der **chronische Hydrozephalus** und das **chronische Ödem der weichen Hirnhäute** (Meningitis serosa) als **Spätfolge von Schädelverletzungen.** Von G. Seefisch. Berl. klin. Wochenschr. 1918 Nr. 27.

Die Meningitis serosa nach Schädelverletzung ist für die meisten Fälle besser als akuter oder chronischer Hydrocephalus internus oder externus traumaticus zu bezeichnen, bullöses Ödem als Ödem der weichen Hirn-

häute. Letzteres ist eine nicht ganz seltene Spätfolge anscheinend leichter Verletzungen, besonders Schußverletzungen des Hirnschädels, sein Krankheitsbild dem der Neurasthenie ähnlich, die Hauptsache ist aber dumpfer, quälender Kopfschmerz mit Schwindelgefühl, Gedächtnisschwäche und schnell eintretende Abspannung. Heilung nur durch Operation und spätere plastische Deckung des Schädeldefekts mit doppelt gestieltem Periost-Knochen-Brückenlappen (Hautschnitt: Türflügelschnitt), Lumbalpunktion bessert nur vorübergehend. B.

— **Ein Fall von Hypophysistumor.** Von W. Lohmann. Inaug.-Diss. Kiel 1917. 14 S.

Der Fall wurde bei Lebzeiten an der Dystrophia adiposo-genitalis und den Sehstörungen richtig erkannt. B.

— **Über epileptische und psychogene Krampfanfälle im Lichte der Kriegserfahrungen.** Von A. Hauptmann. Deutsch. militärärztl. Ztschr. 1918 H. 7-8.

Eine Kriegsepilepsie gibt es nicht. Mit einer merklichen Zunahme der Epilepsie durch den Krieg werden wir kaum zu rechnen haben. B.

— **Die psychologische Richtung in der Psychiatrie.** Von E. Bleuler. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. 1918, II, Heft 2.

Geht u. a. streng ins Gericht mit der Psychologie der Philosophen, in der kleinsten Abhandlung von Freud sei mehr von dem, was man brauchen kann, als in der ganzen Psychologie Herbarts, und kritisiert die mangelnde oder verkehrte Einsicht in den psychologischen Zusammenhang mancher körperlicher Leiden und mancher wahnhaften Vorstellungen auf Seiten der Ärzte, durch welche manche Krankheiten erzeugt werden; die Hervorrufung oder Fixierung von Krankheiten durch die Unfallgesetze wird drastisch geschildert. B.

— **Der heutige Stand der Lehre von der myotonen Dystrophie mit Katarakt.** Von A. Hauptmann. Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde 1918, April-Mai.

Es ist noch nicht bewiesen, daß die Muskeldystrophie auf Erkrankung der Innendrüsen beruht; es kann auch Minderanlage des Muskel- und Nervensystems außerdem bestehen. B.

— **Über Epilepsie im Licht der Kriegserfahrungen.** Von A. Hauptmann. Zeitschr. f. d. gesamte Neurologie und Psychiatrie, Originalien, 1917 Bd. 36 H. 3-4.

Unter Anführung von Krankengeschichten werden insbesondere ausführlich behandelt die Differentialdiagnose zu psychogenen Anfällen, der Hysteriebegriff, die psychogenen, aber nicht hysterischen Anfälle, die endogene Entstehung, für welche mit verschwindend wenig Ausnahmen Grundlagen in Vorgeschichte und Befund ermittelt werden konnten, die Dienstbeschädigung. Akute äußere Einwirkungen lösen keinen echten epileptischen Anfall aus; psychogene Anfälle hängen von äußeren emotionellen Momenten ab. B.

— **Darf man während einer Typhusepidemie die**

Schutzimpfung vornehmen? Von A. Hegar und W. Möckel, bad. Landesheilanstalt Wiesloch. M. m. W. 1918 Nr. 26.

Ja, und zwar ohne Schaden. Durch sie wird wahrscheinlich die Epidemie gemildert und abgekürzt. Zur Sicherung der Diagnose auf Typhus bei Geimpften kann auch die Temperaturkurve der fieberfreien Zeit noch beitragen; daher sollen die Messungen nicht zu früh abgebrochen werden. B.

— **Zeitschrift für Sexualwissenschaft** Bd. V, Mai 1918, Herausgeber J. Bloch, enthält: Sexualität und Symmetrie von P. Kammerer. — Darwin in Not? Von Gerton. — Zur Geschichte der Berliner Bordelle. Von Schneickert. — Bibliographie der sexuellen Zwischenstufen usw.

Februar-März-Heft: Unter anderem: Leben und Eugenik von Pirkner. — Die wirtschaftliche Schwäche der Familie als Gefahr für die Volkskraft.

Juni: Frauenschicksal — Völkerschicksal von Dück (sehr wichtiger Aufsatz). B.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. **Nr. 35/36. 1918/19.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 35/36. 7. Dezember **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Zum Ersuchen des Reichskanzlers vom 4. Juni 1918, II 3170 betr.

Aufnahme usw. von Geisteskranken in Irrenanstalten.

Wattenberg-Lübeck.[1])

M. H.! Wenn ich außerhalb des Rahmens der weiterhin noch zu erledigenden reichen Tagesordnung noch für wenige Minuten um Ihr Gehör bitte, so möge die Ungewöhnlichkeit dieser Bitte in der Ungewöhnlichkeit des Geschehnisses, das meine Bitte veranlaßte, ihre Erklärung finden.

Unter dem 4. Juni d. J. hat der Herr Reichskanzler ein Ersuchen, das ihnen bekannt sein dürfte, und von dem ich eine Anzahl Abdrucke umgeteilt habe, an sämtliche Bundesregierungen gesandt.

Aus dem Ersuchen erhellt als Wichtigstes, daß im Anschluß an eine unter dem 24. Mai 1902 — I 3705 — seitens des Reichskanzlers ergangene Rundfrage ein großer Teil der Bundesregierungen, darunter die größten, Bayern, Baden, Sachsen und Württemberg, eine für das gesamte Reichsgebiet gleichmäßig zu treffende Feststellung der Voraussetzungen, unter denen ein Geisteskranker in eine Irrenanstalt gebracht, darin behalten werden darf und aus ihr entlassen werden muß, als erwünscht bezeichnet haben, daß neuerdings auch seitens der Königlich Preußischen Minister des Innern und der Justiz eine reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens in diesem Umfange als empfehlenswert erachtet und daß bereits die Vorbereitung eines bezüglichen Gesetzentwurfes in die Wege geleitet worden ist.

Dem Ersuchen war als Anlage eine im Kaiserl. Gesundheitsamt gefertigte Zusammenstellung über die zurzeit in den einzelnen Bundesstaaten geltenden Grundsätze für die Aufnahme usw. von Geisteskranken in Irrenanstalten beigefügt. Das Ersuchen ging dahin, von dem Inhalt der Zusammenstellung Kenntnis nehmen und von etwaigen Ergänzungen oder Berichtigungen den Reichskanzler baldgefälligst benachrichtigen zu wollen.

M. H.! Daß es in der Psychiatrie eine ganze Reihe von hochbedeutsamen Fragen gibt, bei denen es dringend wünschenswert wäre, wenn das Reich zu ihnen Stellung nähme, unterliegt für uns alle wohl keinem Zweifel. Es ist hier nicht der Ort und die Zeit, diese psychiatrischerseits oftmals aufgestellten dringenden Wünsche zu wiederholen.

Warum aber gerade dieses Ersuchen in heutiger Zeit an die einzelnen Bundesregierungen ergangen ist, ist mir trotz längerer Überlegung nicht klar geworden.

Ich bin der Meinung, daß eine einheitliche reichsgesetzliche Regelung der Aufnahme- und Entlassungsbedingungen, sowie der Vorschriften über Anmeldepflicht der Geisteskranken und Beaufsich-

[1]) Antrag, eingereicht auf der 16. Jahresversammlung des Vereins Norddeutscher Psychiater und Neurologen zu Rostock am 27. Juli 1918. Die Versammlung beschloß eine Kommission zu wählen, die der nächsten in Kiel stattfindenden Jahresversammlung über die Frage zu berichten haben würde. In die Kommission wurden gewählt: Riedel, Wattenberg, Weygandt.

tigung der Irrenanstalten, wie sie aus dem Tenor des Ersuchens vom 4. Juni 1918 und der beigefügten Zusammenstellung hervorgehen, sehr ernste Bedenken rücksichtlich des Wohles unserer Kranken und rücksichtlich einer gedeihlichen Weiterentwicklung unserer Landesheilanstalten und Universitätskliniken erwecken muß.

Wenn man die Zusammenstellung zur Hand nimmt und die in den einzelnen Bundesstaaten für die Landes-Heilanstalten geltenden Grundsätze durchprüft, so muß man bald zu der Überzeugung gelangen, daß es, in Anbetracht der außerordentlich weitgehenden Abweichungen der einzelnen Vorschriften voneinander, zurzeit als ausgeschlossen gelten muß, sie einheitlich für das Reich zu regeln.

Ob es in künftigen Zeiten jemals möglich und ratsam sein wird, ist mir mehr als fraglich.

Es möge genügen, vier charakteristische Fälle aufzuführen.

I. In dem einen Bundesstaat heißt es bezüglich der Aufnahme: Die Königliche Regierung entscheidet über die Aufnahme auf Grund

1. des Gutachtens eines deutschen Arztes,
2. eines Zeugnisses der Distriktspolizeibehörde des Heimats- oder letzten Aufenthaltsortes der aufzunehmenden Person,
3. eines gutachtlichen Berichts der öffentlichen Anstalt,
4. eines Antrages des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters oder eines Fürsorgeverpflichteten.

Dem gegenüber genügt in anderen Bundesstaaten für die Aufnahme das Attest eines approbierten Arztes.

Ein anderes Beispiel:

II. In dem einen Bundesstaat besteht rücksichtlich der geschehenen Aufnahme eines Kranken Anzeigepflicht gegenüber

1. der Ortspolizeibehörde der Anstalt,
2. der Wohnortspolizeibehörde des aufgenommenen Kranken,
3. der Staatsanwaltschaft (dabei hat die Staatsanwaltschaft zu erwägen, ob die Entmündigung angebracht ist),
4. dem Vormundschaftsgericht, falls der Betreffende entmündigt ist.

Dem gegenüber ist in anderen Bundesstaaten nur beim Einwohnermeldeamt der Wohnungswechsel des Erkrankten anzumelden.

III. In dem einen Bundesstaat wird die Beaufsichtigung der Landesheilanstalten (Irrenanstalten) ausgeübt durch eine Kommission des Medizinalkollegiums, welche aus fünf Mitgliedern besteht, nämlich 1. einem Physikus, 2. dem Direktor einer öffentlichen Irrenanstalt, 3. einem Arzt, 4. zwei bürgerlichen Mitgliedern. Die Kommission besichtigt unangemeldet jährlich mindestens zweimal und berichtet darüber dem Kollegium. Die „Insassen" haben das Recht, an die Kommission Beschwerden zu richten, die an diese von der Anstaltsleitung mit einem ärztlichen Bericht zu befördern sind.

Dem gegenüber führt in anderen Bundesstaaten der Gesundheitsrat durch den Physikus (Kreisarzt) die Aufsicht.

IV. In dem einen Bundesstaat kommen unfreiwillig Eingetretene aus der Heilanstalt zur Entlassung

1. wenn sie geheilt sind,
2. wenn sie soweit gebessert sind, daß sie der Anstaltsbehandlung nicht mehr bedürfen,
3. wenn ihre Entmündigung abgelehnt oder aufgehoben ist,
4. wenn ihr gesetzlicher Vertreter die Entlassung fordert und die Polizeibehörde, die ihre Aufnahme veranlaßt hat, zustimmt.

Beantragt ein nichtentmündigter Volljähriger schriftlich seine Entlassung, so hat die Anstalt den Antrag, falls sie ihm nicht stattgeben will, der Staatsanwaltschaft mitzuteilen.

Dem gegenüber erfolgt in anderen Bundesstaaten die Entlassung nach dem Ermessen des Direktors.

M. H.! Ich bitte nicht zu denken, daß ich Ihnen soeben vier besonders krasse Ausnahmefälle vorgeführt habe. Die erwähnten Beispiele sind zwar charakteristisch, aber nicht einmal besonders kraß. Sie lassen sich beliebig vermehren. Ich möchte aber meinen, daß die genannten genügen müßten, um zu beweisen, daß auf diesem Gebiet in den einzelnen Bundesstaaten so weitgehende Abweichungen und direkte Gegensätze vorhanden sind, daß es als ausgeschlossen gelten muß, hier einheitliche Grundsätze für das Reich zu schaffen, ohne nach der einen oder anderen Richtung hin Schaden anzurichten.

Bei uns in Lübeck haben sich die seit 1915 geltenden freiheitlichen Vorschriften in jeder Hinsicht bewährt. Keinerlei diesbezügliche Klagen oder Abänderungsvorschläge sind seit ihrem Erlaß zu meiner Kenntnis gelangt. Ebenso liberal sind die Aufnahmebedingungen in Hamburg. Es erscheint dringend wünschenswert, daß die zum Beispiel für Lübeck und Hamburg beschlossenen Aufnahmevorschriften, die sich be-

währt haben, nicht ohne zwingenden Grund umgestoßen oder wesentlich geändert werden. Das würde aber nach meiner Meinung mit Sicherheit der Fall sein, wenn die Frage der Aufnahme usw. von Geisteskranken für sämtliche öffentlichen Landesheilanstalten „reichsgesetzlich" geregelt würde.

Für die in Lübeck und Hamburg geltenden liberalen Aufnahmevorschriften müßte es geradezu verhängnisvoll werden, wenn bei einer etwaigen neuen reichsgesetzlichen Regelung der einschlägigen Fragen Grundanschauungen Platz griffen, wie sie bei einer Reihe anderer deutscher Bundesstaaten in den im Jahre 1902 dort geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Ausdruck gelangt sind. Ähnlich wird es bei einer großen Anzahl anderer Landesheilanstalten liegen.

Andererseits würde es m. E. für manche Heilanstalten nicht unbedenklich sein, wenn bei ihnen heute dieselben oder ähnliche liberale Aufnahmebestimmungen Platz griffen, wie sie z. B. für Lübeck und Hamburg gelten.

In jedem Falle — mag nun von den verschiedenen Verordnungen die vorgeschrittenste oder die rückständigste dem neu zu schaffenden Reichsgesetz zugrunde gelegt werden, oder mag es im Laufe der Verhandlungen zu einer Verständigung auf der mittleren Linie kommen — in jedem Falle würde nach meiner Überzeugung keinerlei Nutzen, sondern nur Schaden durch einheitliche reichsgesetzliche Regelung der aufgeworfenen Fragen geschaffen werden, und den größten Schaden davon würden unsere Kranken zu tragen haben.

Die großen Unterschiede in den jetzt geltenden gesetzlichen Vorschriften hängen m. E. einmal mit der stark voneinander abweichenden Zusammensetzung der Gesetze vorbereitenden und Gesetze erlassenden Faktoren in den einzelnen Bundesstaaten zusammen, zum andern mit der verschiedenen Entwicklung, die die Psychiatrie in den einzelnen öffentlichen Heilanstalten des Deutschen Reiches genommen hat.

Es ist hier nicht der Ort und die Zeit, auf Einzelheiten einzugehen, nur hoffe ich in Ihrer aller Sinne zu sprechen, wenn ich meiner Überzeugung dahingehend Ausdruck verleihe, daß eine gesunde Weiterentwicklung der Irrenfürsorge und unserer Heilanstalten sich nicht durch äußere Maßnahmen wie die in Aussicht genommenen reichsgesetzlichen Vorschriften erreichen läßt, sondern sich nur organisch von innen heraus, den einzelnen Bedürfnissen und Möglichkeiten entsprechend, entwickeln kann, und daß eine einheitliche reichsgesetzliche Regelung der Grundsätze für die Aufnahme, Anzeigepflicht, Beaufsichtigung und Entlassung von Geisteskranken aus Heilanstalten bei der Verschiedenheit der Verhältnisse in den einzelnen Bundesstaaten und in den einzelnen Heilanstalten schwerste Bedenken erwecken muß.

M. H.! Mag auch der Herr Reichskanzler seinen Namen zu dem Ersuchen vom 4. Juni 1918 hergegeben haben, wir müssen nach unseren früheren Erfahrungen annehmen, daß in Wirklichkeit ganz andere Faktoren als treibende Kräfte hinter diesem Ersuchen stehen. Es sind dieselben Mächte, die ohne Kenntnis der wirklichen Verhältnisse an den deutschen Landesheilanstalten unter dem Deckmantel des vermeintlich notwendigen Schutzes gegenüber den Irrenärzten jeden Fall von scheinbar widerrechtlicher Freiheitsberaubung sensationell durch die ihnen ergebene Presse aufbauschen, die in Briefen und Drucksachen von geistig Minderwertigen und Geisteskranken die Bestätigung für ihren Verdacht finden, die Laienkommissionen als sachverständige Gutachter vor der Aufnahme jedes Geisteskranken in eine Heilanstalt fordern und die ein Gesetz zum Schutze der Irren für notwendig erachten. Vestigia terrent!

In dem Ersuchen des Herrn Reichskanzlers glaube ich, müssen wir den ersten zielbewußten Vorstoß jener unheilvollen Mächte sehen, und es gilt von vornherein mit aller Klarheit und Entschiedenheit hier Stellung zu nehmen. Gehen die Pläne jener Mächte in Erfüllung, so kann es wohl keinem Zweifel unterliegen, daß die Entwickelung unserer herrlich emporblühenden deutschen Psychiatrie um Jahrzehnte zurückgeschraubt werden würde.

Sollte ich Ihre Zustimmung finden, so würde ich mir erlauben, den Antrag zu stellen, daß unser Verein sich mit Entschiedenheit gegen das geplante Gesetz ausspricht und bei dem Vorstande des Deutschen Vereins für Psychiatrie anregt, Verwahrung gegen eine reichsgesetzliche Regelung der in dem Ersuchen des Reichskanzlers vom 4. Juni 1918 benannten Fragen im Sinne einer Uniformierung und in jetziger Zeit einzulegen.

Sanatorien und Umsatzsteuer.

Von **Max Edel**, Charlottenburg.[1])

In einer Zeit, in der Steuern überall hergeholt werden müssen, dürfte es schwer fallen, den Kampf gegen die neuen Umsatzsteuern, die den Sanatorien drohen, erfolgreich zu führen. Das hat sich bisher wenigstens gegenüber dem Reichsstempelsteuergesetz über einen Warenumsatzstempel vom 26. Juni 1916 erwiesen, welches am 1. August 1918 außer Kraft getreten ist. Dieses hat die Lieferung von Speisen und Getränken als einen stempelpflichtigen Warenumsatz erscheinen lassen. Eine Reihe von Anstalten ist daher aufgefordert worden, Warenumsatzsteuer zu zahlen, und u. a. hat die von Ehrenwallsche Anstalt ebenso wie die unsrige geglaubt, im eigenen und allgemeinen Interesse die Feststellungsklage gegen den königlichen Fiskus erheben zu müssen, um die Frage der Umsatzsteuerpflicht unserer Anstalten zu entscheiden. In unserer Sache ist jetzt die Revision beim Reichsgericht eingelegt, nachdem wir in beiden Instanzen bisher abgewiesen sind und auch die Oberzolldirektion und das Finanzministerium unseren Einspruch gegen die Veranlagung zurückgewiesen hatte. Bei dem von Ehrenwallschen Sanatorium liegt das erste abweisende Urteil des Landgerichts vor, nach gleicher Zurückverweisung durch Oberzolldirektion und Finanzministerium. Die Verlesung der Urteile würde zu weit führen. Das Material steht aber zur Kenntnisnahme zur Verfügung. Von Interesse dürfte nur sein, daß in dem gegen uns ergangenen Kammergerichturteil ausgesprochen wurde, unsere Anstalt sei ein Gewerbebetrieb im Sinne der Gewerbeordnung § 30, da ein Arzt Gewerbetreibender wird, wenn und soweit er eine Privatkrankenanstalt einrichtet und unterhält (Oberverwaltungsgericht 24. 322). Wir sind auf Grund unseres Einspruches im Jahre 1903 bereits vom Steuerausschuß in Potsdam von der veranlagten Gewerbesteuer freigestellt worden, Herr v. Ehrenwall 1904 auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung. Ich kann Ihnen nicht verhehlen, daß zwei Gutachter, die von unserem Vorstande damit betraut wurden, die Aussichten eines letzten Rechtsmittels zu beurteilen, dieselben für wenig günstig erachtet haben. Justizrat Fischer in Leipzig hält die Chance des Vereins zu der der Steuerbehörde wie 1 zu 3. Geh. Justizrat Dr. Heinitz, vertreten durch Dr. Stern, Berlin, vermag die Revision gegen die in unseren Sachen ergangenen Urteile nicht als aussichtsvoll zu erachten, und hält die Rechtslage, ganz abgesehen von der Erhöhung der Steuer von 1 auf 5 vom Tausend seit dem 1. August 1918, für eine erheblich ungünstigere. Auf die Gutachten wird bezug genommen. Wir suchen noch einen Gutachter, welcher alle auf beide Umsatzsteuergesetze bezügliche für uns sprechende Beweisgründe für die Freistellung der Sanatorien von der Umsatzsteuer zusammenfäßt, zu erhalten.

Was sollen wir versteuern?

In der letzten Jahresversammlung des Verbandes deutscher ärztlicher Heilanstaltsbesitzer und Leiter ist, wie Herr Dr. Woelm an Herrn von Ehrenwall am 25. März 1918 schreibt, die Sachlage bezüglich der Warenumsatzsteuer geklärt worden. Die Privatheilanstalten hätten danach eine Warenumsatzsteuer zu zahlen von allen Waren, welche sie behufs Verpflegungszwecke ihrer Patienten im Laufe des Jahres gekauft haben. Sie brauchen aus ihren Büchern nur den Betrag zur Warenumsatzsteuer anzugeben, den sie für Lebensmittel aufgewendet haben. Von diesem Betrage können sie noch einen entsprechenden Prozentsatz für das Personal abrechnen, da die Kosten für Verpflegung des Personals nicht von der Warenumsatzsteuer erfaßt werden. Nach dem Gesetz vom 26. Juni 1918 ist die Steuerpflicht insofern erweitert worden, als nicht nur die Lieferung von Waren, sondern jede sonstige innerhalb eines selbständigen gewerblichen Betriebes erfolgende entgeltliche Leistung für steuerpflichtig erklärt wird. Wird also der Betrieb der Heilanstalt als ein gewerblicher erachtet, so wird die Umsatzsteuerpflicht der Einnahmen nicht nur aus der Verabfolgung von Speisen und Getränken die Folge sein, sondern auch alle sonstigen Leistungen, die innerhalb des Betriebes der Heilanstalt erfolgen, sind dann steuerpflichtig, so die Überlassung von eingerichteten Zimmern und sonstigen Räumen an die aufgenommenen Kranken sowie die Leistungen, die durch Stellung von Dienstpersonal, Krankenpflegepersonal, Wärter usw. erfolgen. Die Befreiungsvorschrift des § 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 26. Juli 1918 erstreckt sich nur auf nicht eingerichtete Räume. Steuerfrei bleibt somit für den Arzt als Inhaber einer Heilanstalt nur seine ärztliche Leistung als solche, da die Leistungen der Ärzte nicht steuerpflichtig sind. Soweit das ihm zufließende Entgelt über die Vergütung für seine

[1]) Referat, gehalten in der Sitzung des Deutschen Vereins ärztlicher Privatanstaltsleiter am 21. Sept. 1918.

ärztliche Leistung als solche hinausgeht, liegt ein steuerpflichtiger Umsatz vor.[2])

Sie sehen, meine Herren, daß die Steuerpflicht, wenn sie als vorliegend erachtet wird, eine erhebliche Belastung namentlich bei den stark erhöhten Sätzen mit sich bringt, und daß es sich lohnt, prinzipiis obstare und den Kampf mit den Steuern aufzunehmen. Dies wird um so nötiger sein, als bei den Gerichten die Vorstellung von dem Umfang und der Art der ärztlichen Tätigkeit namentlich in unseren Sanatorien, noch eine unzulängliche ist, wovon das Landgerichtsurteil in Sachen von Ehrenwall Zeugnis ablegt. In diesem heißt es: Schon im allgemeinen entfällt bei Sanatorien, Krankenhäusern u. dgl. dem maßgeblichen Werte nach auf die Beköstigung zum mindesten der gleiche, wenn nicht ein erheblich höherer Satz, als auf die ärztliche Behandlung, selbst wenn eine solche alltäglich stattfindet. Dieses Verhältnis verschiebt sich noch erheblich zugunsten der Beköstigung bei Irrenanstalten. Denn, wie allgemein bekannt ist, spielt die eigentliche ärztliche Behandlung, vor allem bei chronischen Formen, eine ziemlich untergeordnete Rolle, da die meisten Fälle einer eigentlichen Behandlung und Heilung nicht zugänglich sind, so daß sich die ärztliche Tätigkeit hier größtenteils auf Diagnose, Beobachtung, Regelung der Diät und gelegentliche Maßregeln zur Linderung u. dgl. beschränkt. Ich brauche hier nicht unseren gegensätzlichen Standpunkt von der überwiegenden Bedeutung der ärztlichen Tätigkeit in unseren Sanatorien zu betonen; dieser ist in den Schriftsätzen Herrn von Ehrenwalls sowie in einem großen Gutachten von Herrn Professor Schultze, Göttingen, genügend gekennzeichnet, übrigens auch in dem Urteile des Oberverwaltungsgerichts in der Gewerbesteuersache Berolinum, Lankwitz, zur Geltung gekommen, auch in einem Vortrage,[3]) den ich in dem Psychiatrischen Verein, Berlin, am 28. Januar 1905 gehalten habe, ausgeführt worden. Ich halte es aber doch für angebracht, wenn wir noch einmal in unserem Verein unseren Protest gegen eine derartig geringe Würdigung unserer ärztlichen Tätigkeit seitens einzelner Gerichte zum Ausdruck bringen. Sie werden mir Recht geben, wenn Sie erfahren, daß in dem gegen uns ergangenen Landgerichtsurteil gesagt ist: „Ein Arzt, der eine eigene Heilanstalt hält und Wohnung und Beköstigung gewährt, ist in dieser Eigenschaft dasselbe wie ein Gasthofsbesitzer, der als Kaufmann Eßwaren kauft und verkauft." Wir sind doch wohl Ärzte auch als Sanatoriumsleiter und keine Gastwirte und können in unserem besonderen Falle als Leiter von Irrenanstalten unsere ärztliche Tätigkeit nicht ausüben, ohne den Kranken Kost und Wohnung zu gewähren, nicht im Sinne eines Hotelbesitzers, sondern im Sinne eines Heilplanes. Ich verweise auf die Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts in dem Verfahren betr. das Berolinum, Journal-Nr. VI G 391 113 resp. V G 280 b. Es handelt sich in unserem Sanatorium um Behandlung von Kranken, wie die Entscheidung ausführt, welche durch die Art der Erkrankung nicht in eigenen häuslichen Verhältnissen behandelt werden können.

Wie der Chirurg sein Instrument für eine Operation, so muß der Nerven- bzw. Irrenarzt für seine Kranken die Werkzeuge liefern, d. h. Räume, in denen die Kranken verpflegt und behandelt werden können. Von einem Hotelbetrieb ist also gar nicht die Rede, es handelt sich vielmehr um ein nicht zerlegbares ärztliches Honorar. denn alles dient unmittelbar der Krankenpflege und Krankenheilung. Ein Gewerbebetrieb liege daher im Berolinum nicht vor.

Von einem Gewerbebetrieb im Sinne des Umsatzstempelgesetzes kann auch nicht die Rede sein. Die Auslegungsgrundsätze des Bundesrats, XXXIII Abs. 1, bezeichnen zwar nach den Veröffentlichungen des Reichskanzlers jede auf Erzielung von Einnahmen (nicht Gewinn) aus Warenumsätzen gerichtete geschäftliche Tätigkeit als Gewerbebetrieb im Sinne des Gesetzes. Eine solche Richtung auf Erzielung von Einnahmen aus der Beköstigung liegt aber bei unseren Sanatorien keineswegs vor. Würden wir doch wohl gerne auf Beköstigungslieferung verzichten wollen, wenn das angängig wäre, namentlich in den jetzigen Zeiten der Teuerung. Die Kosten für die Verpflegung betragen jetzt das Drei- bis Vierfache, wogegen die Pensionssätze nur etwa um ein Drittel gestiegen sind. Allerdings wird durch Rationierung eine annähernde Deckung der Kosten möglich. Wenn das ärztliche Honorar für alle Besuche und Behandlung der Kranken mäßig berechnet wird, bleibt nicht so-

[2]) Im Gegensatz zu dem Grundsatz, den das Oberverwaltungsgericht am 1. August 1894 aufgestellt hat (Entscheidung 3 S. 250). Liegt Gewerbebetrieb durch einen Arzt vor, so erscheint die Ausübung des ärztlichen Berufes durch denselben innerhalb des Anstaltsbetriebes als Tätigkeit im Gewerbebetriebe, so daß eine Aussonderung des Ertrages dieser Tätigkeit als steuerfreien Teils aus dem gesamten Ertrage des Unternehmens nicht zuzulassen ist.

[3]) Ärztliche Sachverständigenzeitung vom 1. März 1905: „Sind Ärzte als Inhaber von Privatkrankenanstalten verpflichtet, ihre Firma in das Handelsregister eintragen zu lassen?"

viel für Speisen und Getränke übrig, daß die Selbstkosten für die Beköstigung überschritten werden. In Hotels, Pensionen ist die Beköstigung Hauptzweck, bei uns nur Mittel zum Zweck. Unsere geschäftliche Tätigkeit ist also nicht auf Einnahmen aus der Beköstigung, sondern vielmehr auf Ausübung unseres ärztlichen Berufes und Erlangung von Honorar für diese Tätigkeit gerichtet. Es kommt darauf an, ob die ärztliche Tätigkeit Hauptleistung ist, hinter der die Beköstigung als Nebenleistung zurücktritt. Die Oberzolldirektion hat entschieden, die Beköstigung stände nur dann im Verhältnis einer Nebenleistung zu den anderen Leistungen, wenn sie keine selbständige wirtschaftliche Bedeutung hätte. Daß sie eine solche selbständige Bedeutung habe, erhelle schon daraus, daß der Arzt die Beköstigung auf einen für eigene Rechnung wirtschaftenden Ökonom übertragen könnte.

In unseren Schriften wurde demgegenüber betont, daß bei den ärztlichen Anstalten ein Kranker, dem ein Blinddarm entfernt werden soll, in die Klinik geht, um operiert zu werden, nicht aber um gut zu essen und zu wohnen. Da die Operation in seiner Häuslichkeit nicht angeht, kann er auch beim Arzt nicht verhungern und muß sich zu essen geben lassen. Wer sich in eine Heilanstalt begibt, will ärztlich behandelt werden; daß er daneben Befriedigung für seine notdürftigsten Lebensbedürfnisse finden muß, ändert die rechtliche Natur des Vertrages nicht. Es handelt sich lediglich um einen Dienstvertrag zwischen Arzt und Patienten und nicht um einen gemischten Vertrag, wie die Zolldirektion behauptet, der, soweit er auf Beköstigung gegen Entgelt gerichtet ist, Warenlieferung im Sinne des Gesetzes und steuerpflichtig ist. Wo allerdings einem besonderen Unternehmer die Beköstigung übertragen wird, könnte die Anwendung des Stempelgesetzes in Frage kommen. Die Auffassung des Finanzministeriums, daß die Beköstigung nicht eine Nebenleistung aus Dienstverträgen zwichen Arzt und Kranken darstelle, weil die dafür geforderte Vergütung einen recht ansehnlichen Teil der Gesamtvergütung ausmache und die vom Inhaber der Anstalt gemachten Aufwendungen mindestens decken, vielfach noch einen darüber hinausgehenden Gewinn erbringen sollen, stützt sich auf die amtlichen Mitteilungen über die Zuwachssteuer und die Reichsgewinnsteuern (herausgegeben vom Reichsschatzamt 7. Jahrg. Nr. 11 und 12 vom 31. Dezember 1917 Seite 169) und auf die vom Reichsschatzamt aufgestellten Auslegungsgrundsätze unter V für die Fälle, wo mit der Warenlieferung eine andere Leistung verbunden ist. Fälle von Übergewicht der Leistung werden denen gegenübergestellt, wo die eine Leistung die andere nicht überwiegt, z. B. Beherbergung und Beköstigung von Hotelgästen (Zentralblatt für das Deutsche Reich 1916). Näheres siehe im Gutachten Fischer; dieser nimmt an, daß unser Verein die hier aufgestellten Grundsätze angreifen will, um Freistellung der Mitglieder von der Warenumsatzsteuer zu erreichen. Lindemann in seinem Kommentar über den Warenumsatzstempel (bei G. Gutentag, Berlin 1916, Seite 33) begründet die entgegengesetzte Auffassung damit, daß das Wesentliche des Krankenhausverpflegungsvertrags die Gewährung von Pflege und ärztlicher Hilfe sei, und daß die Gewährung von Beköstigung nur diesem Hauptzweck diene, wogegen Kloß (Die gesetzlichen Vorschriften über den Warenumsatzstempel, Roßberg, Leipzig 1917, Seite 36) sagt, der Begriff Nebenleistung und Hauptleistung sei nicht aus dem Willen des Besitzers der Heilanstalt und des Kranken, sondern noch mehr aus dem Verhältnis zu entnehmen, in dem die vom Kranken gezahlten Beträge auf die Gewährung von ärztlicher Behandlung, Wohnung und von Beköstigung zu verteilen sind. Ob im Wege des Rechtsstreits die Ansicht des Reichsschatzamts erfolgreich nachgeprüft wird, d. h. zu unseren Gunsten, muß sich noch erweisen. Die Aussichten hierfür scheinen nicht besonders gut zu stehen, um so mehr als die Verabreichung einer sachgemäßen Beköstigung einen wesentlichen Bestandteil der Anstaltsbehandlung in vielen Fällen ausmacht. Die Überwachung der Diät, Sondenfütterung usw. ist allerdings eine ärztliche Angelegenheit, die auf das Konto der ärztlichen Leistung, nicht auf das der Warenlieferung zu setzen ist. Letztere bleibt also auch hinsichtlich der Beköstigung eine Nebenleistung gegenüber der ärztlichen Leistung, abgesehen davon, daß die Auslegungsgrundsätze, die vom Bundesrat herrühren, für den Richter nicht bindend sind. Ein Arzt wird wohl kaum ein Sanatorium betreiben in der Absicht, durch Verabfolgung von Speisen, für die er sein ausgelegtes Geld allenfalls zurückerhält, eine dauernde Einnahme zu erzielen, dahingegen arbeiten die in den Auslegungsgrundsätzen angeführten Betriebe, wie Gast- und Schankwirtschaften usw., in der Absicht der Gewinnerzielung.

Die Hauptsache bleibt also für uns der Nachweis, daß unsere ärztliche Tätigkeit die Hauptleistung ist, hinter welche die Beköstigung als Nebenleistung durchaus zurücktritt. Die Eigentumsverschaffung der Eßwaren ist nicht unser wirtschaftlicher Endzweck, sondern die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit zwecks Behandlung und Heilung der Kranken und Erlangung von Honorar für

diese Tätigkeit. In den meisten unserer Sanatorien wird ein einheitlicher Satz für ärztliche Behandlung, Beherbergung und Beköstigung berechnet. Sollte die neue Umsatzsteuer von 1918, was wir nicht hoffen, auf eine Reihe unserer Sanatorien Anwendung finden müssen, auf Grund gerichtlicher Entscheidung, so werden sich die Leiter derselben wohl genötigt sehen, eine Trennung des Honorars für ärztliche Bemühungen, Vermietung und Verpflegung einzuführen.

Trotz der bisher ungünstigen Auffassung der Gutachter und Gerichte glauben wir unseren Standpunkt weiter verfolgen zu müssen und hoffen, daß wir ebenso, wie wir seinerzeit von der Gewerbesteuer freigekommen sind, wie wir auf Grund langwieriger Verhandlungen von der Verpflichtung, unsere Firma ins Handelsregister einzutragen, freigekommen sind, auch von der Umsatzsteuer, die wir bereits unter Vorbehalt gezahlt haben, befreit werden werden. Indessen ist es doch möglich, daß alle unsere Bemühungen in der Umsatzsteuerfrage wenig nützen werden, da nun einmal die Tendenz, möglichst viel Steuern einzuziehen, besteht und alle unsere Gründe daher kaum durchschlaggebend sein werden. Dieselbe Ansicht hatte auch Herr Friedländer zu dieser Frage geäußert. Sollten wir aber in der Feststellungsklage bezüglich des nun außer Kraft getretenen Umsatzsteuergesetzes unterliegen, so hoffen wir zuversichtlich, daß wir nicht zu der Umsatzsteuer nach dem neuesten Gesetz herangezogen werden, da ja unsere Sanatorien in erster Linie zum Zwecke der Ausübung des ärztlichen Berufes betrieben werden, die Absicht der Gewinnerzielung aus Beherbergung und Verpflegung uns aber fern liegt. Immerhin müssen sich unsere Anstalten auf eine neue Generalmusterung in bezug auf die Umsatzsteuer gefaßt machen, und es dürfte ein individueller Kampf von Fall zu Fall gegen diese Steuer nötig werden. Hierbei winkt uns in dem kürzlich zustande gekommenen Umsatzsteuergesetz, welches am 1. August 1918 in Kraft getreten ist, und dessen Ausführungsbestimmungen der Bundesrat im Zentralblatt für das Deutsche Reich Nr. 24 S. 229 erlassen hat, eine Hoffnung insofern, als die befürchtete Besteuerung der freien Berufe vom Reichstag abgelehnt und dadurch die Ausübung der ärztlichen Kunst als solche steuerfrei belassen wurde. Das gilt aber nicht im allgemeinen von uns Ärzten in unserer Eigenschaft als Besitzer und Leiter von Sanatorien. Ob und inwieweit wir hierbei umsatzsteuerpflichtig sind, ist die uns interessierende Frage. Sie wird nach den besonderen Verhältnissen des einzelnen Arztes entschieden werden. Kurz dürfen wir sagen: die Sachlage liegt im allgemeinen so, daß frei von Steuern der Arzt ist, dessen Sanatorium kein Gewerbebetrieb, steuerpflichtig derjenige, dessen Sanatorium einen Gewerbebetrieb darstellt. Früher erschien auf Grund der Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts vom 11. Oktober 1894 (Entscheidung III S. 250) eine Privat-Kranken-, Irren- oder Heilanstalt oder eine Kuranstalt für Nervenkranke regelmäßig als Gewerbebetrieb, und wenn eine solche Anstalt von einem Arzte geleitet wurde, konnte nur unter besonderen nachzuweisenden Umständen, welche das Überwiegen von Erwerbszwecken ausschließen, ein nicht gewerbliches Unternehmen angenommen werden. Dementsprechend wurden die meisten ärztlich geleiteten Sanatorien zur Gewerbesteuer herangezogen. Nachdem aber für die Freistellung von der Steuer der Grundsatz in der Entscheidung vom 5. Mai 1898 (Entscheidung VII S. 418) aufgestellt war, daß der Betrieb einer derartigen Privatanstalt nicht der Gewerbesteuer unterliegt, wenn sie von einem Arzte lediglich zum Zwecke der Ausübung seines ärztlichen Berufes, als Mittel für seine eigene Fortbildung, zu Lehr- oder wissenschaftlichen Zwecken unternommen wird, dagegen gewerbesteuerpflichtig ist, sobald der Betrieb der Anstalt Selbstzweck ist und die Absicht obwaltet, aus der Unterbringung und Verpflegung und aus dem ökonomischen Betrieb Gewinn zu ziehen, kam eine Reihe von Anstalten nach Prüfung der besonderen Umstände von der Steuerpflicht frei.[4]) Herr Oliven hat erst in der Sitzung unseres Vereins in Straßburg 1914 über die Befreiung von der Gewerbesteuer berichtet. Die diesbezügliche Entscheidung des Oberverwaltungsgerichtes, welche Ihnen seinerzeit zugegangen ist, steht Ihnen zur nochmaligen Kenntnisnahme zur Verfügung. Im § 1 des neuen Umsatzsteuergesetzes werden die im Inland gegen Entgelt ausgeführten Lieferungen und sonstigen Leistungen solcher Personen, die eine selbständige gewerbliche Tätigkeit mit Einschluß der Urerzeugung und des Handels ausüben, soweit die Lieferungen und Leistungen innerhalb dieser gewerblichen Tätigkeit liegen, der auf 5 vom Tausend des vereinnahmten Entgeltes erhöhten Umsatzsteuer unterworfen. Ob im besonderen Falle eine gewerbliche Tätigkeit eines Arztes anzunehmen ist,

---

[4]) Die Absicht der Gewinnerzielung ist nicht Voraussetzung für das Vorliegen eines Gewerbebetriebes im Sinne des Umsatzsteuergesetzes (Bekanntm. betr. die Entrichtung der Umsatzsteuer, Zentralblatt für das Deutsche Reich S. 269 Muster 7).

die im Gegensatz zu der bloß gewinnbringenden Tätigkeit steht und die das Einkommen des Arztes aus dieser gewerblichen Tätigkeit als umsatzsteuerpflichtig erscheinen läßt, wird von Fall zu Fall entschieden werden. Zur Erklärung des Begriffes gewerblich führte nämlich der Regierungsvertreter im Haushaltsausschuß aus (Bericht des Ausschusses für den Reichshaushalt über den Entwurf eines Umsatzsteuergesetzes Nr. 1745 der Drucksachen des Reichs S. 43), daß dieser Begriff des Umsatzsteuergesetzes sich mit der Gewerbesteuergesetzgebung der einzelnen Bundesstaaten decke. Bei der Auslegung aller dieser Gewerbesteuergesetze sei die Abgrenzung gegenüber den freien Berufen erforderlich, und habe nach allgemeinen wirtschaftlichen Grundsätzen zu erfolgen. Es gäbe hierüber eine reichhaltige Rechtsprechung der verschiedenen bundesstaatlichen Oberverwaltungsgerichte, auch die Ausführungsbestimmungen der Gewerbesteuergesetze und die bei vielen Einkommensteuergesetzen übliche Unterscheidung zwischen gewerblichen Einkommen und solchen aus nutzbringender Beschäftigung. Die Fälle, die bei der Auslegung Schwierigkeiten machten, seien im wesentlichen immer dieselben. So treibe z. B. ein Arzt ein Gewerbe, wenn und soweit er ein Sanatorium unterhalte. Danach würde ein Arzt Umsatzsteuer zahlen müssen, wenn er gewerbesteuerpflichtig ist. In allen größeren Bundesstaaten besteht für die ärztliche Berufstätigkeit keine Gewerbesteuerpflicht, also auch keine Umsatzsteuerpflicht. Der neue Reichsfinanzhof dürfte darüber entscheiden, ob in den wenigen Staaten, in denen von den Einnahmen aus ärztlicher Praxis Gewerbesteuer erhoben wird, damit eine Umsatzsteuerpflicht verbunden sein wird. Soweit der sanatoriumleitende Arzt eine gewerbliche Tätigkeit ausübt und gewerbesteuerpflichtig erscheint, hat er künftig auch die Reichsumsatzsteuer zu zahlen. Entscheidend wird hierbei nach Fuisting (Kommentar zu den Gewerbesteuergesetzen III 3. Bd. der preußischen direkten Steuern) der Zweck des Unternehmens sein, in dem ein Gewerbe dann als nicht vorliegend betrachtet wird, wenn der Betrieb nur Mittel zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit ist, wenn auch Gewinn beabsichtigt und erzielt wird. Soll dieser Gewinn aber aus der Gewährung von Aufenthalt und Unterhalt gegen Entgelt erzielt werden, ist der Betrieb der Anstalt Selbstzweck, die Ausübung der eigenen ärztlichen Tätigkeit untergeordnet, dient die ärztliche Tätigkeit nur dem Zwecke des gewerblichen Anstaltsbetriebes, dann ist der ganze Gewinn aus dieser Tätigkeit gewerbesteuerpflichtig. In einem Kammergerichtsurteil, welches gelegentlich der Aufforderung der Handelskammer, unsere Firma in das Handelsregister einzutragen, am 29. November 1903 erging, heißt es: Um zu beurteilen, ob ein ärztlich geleitetes Unternehmen ein gewerbliches ist und für den Fall der Bejahung, ob es nach Art und Umfang einen kaufmännisch eingerichteten Betrieb erfordert, müßten die Verhältnisse der Anstalt festgestellt werden. Aus dem Umstand, daß die Ausübung des ärztlichen Berufes nach dem allgemeinen, auch bei der Auslegung des § 2 HGB. zugrunde zu legenden Sprachgebrauches kein gewerbliches Unternehmen ist, folge nur, daß auch der Anstaltsbetrieb kein solches ist, wenn er lediglich in Ausübung des ärztlichen Berufes des Unternehmers und zum Zwecke dieser Absübung, insbesondere zu Lehrzwecken, als Grundlage für die eigene Fortbildung oder behufs sachgemäßer ärztlicher Behandlung der Kranken durch den Inhaber der Anstalt stattfindet. Auch dann sei ein gewerbliches Unternehmen im Sinne des § 2 des HGB. nicht vorhanden, wenn die Anstalt einen erheblichen Gewinn ergibt, oder wenn die ärztliche Behandlung der Kranken nicht ausschließlich vom Inhaber der Anstalt, sondern mit Unterstützung anderer, z. B. von ihm angestellter Ärzte, besorgt wird. Dagegen liege ein gewerbliches Unternehmen im Sinne des § 2 HGB. vor, wenn nicht die Ausübung des ärztlichen Berufes des Anstaltsunternehmers und der dadurch erzielte Gewinn, sondern die Gewährung von Aufenthalt und Unterhalt und die dadurch erzielte Einnahme den Hauptzweck des Anstaltsbetriebes bilde und wenn namentlich die Kranken in der Hauptsache nicht von dem Inhaber der Anstalt, sondern von andern, z. B. den von ihm angestellten Ärzten, den Hausärzten der einzelnen Kranken oder angesehenen Spezialärzten, ärztlich behandelt würden. Das Amtsgericht, an welches die Sache zurückverwiesen wurde, führte aus, daß die ärztliche Tätigkeit des Anstaltsinhabers, wie es bei den Leitern von großen, sei es öffentlichen, sei es privaten Anstalten stets der Fall ist, sich im allgemeinen nur auf die Leitung der ärztlichen Behandlung erstrecken könne. Die Besorgung des wirtschaftlichen Betriebes neben den ärztlichen Verrichtungen wäre nicht geeignet, die Tätigkeit als eine gewerbliche erscheinen zu lassen, da sie in den Verhältnissen der Anstalt begründet und auch bei öffentlichen Krankenanstalten sehr häufig vereint wären (Ärztl. Sachverständigen-Zeitung vom 1. März 1905). Hierbei kann uns auch das große den Sanatoriumsärzten günstige Gutachten, welches Geheimrat Schultze in Göttingen auf Ersuchen der Königlichen Regierung in Hildesheim in Sachen

Bekanntmachung.

1. Die **Zwischenscheine** für die **5% Schuldverschreibungen der VIII. Kriegsanleihe** können vom

2. Dezember d. Js. ab

in die endgültigen Stücke mit Zinsscheinen umgetauscht werden.

Der Umtausch findet bei der **„Umtauschstelle für die Kriegsanleihen", Berlin W 8, Behrenstraße 22,** statt. Außerdem übernehmen sämtliche Reichsbankanstalten mit Kasseneinrichtung bis zum **15. Juli 1919** die kostenfreie Vermittlung des Umtausches. Nach diesem Zeitpunkt können die Zwischenscheine nur noch unmittelbar bei der „Umtauschstelle für die Kriegsanleihen" in Berlin umgetauscht werden.

Die Zwischenscheine sind mit Verzeichnissen, in die sie nach den Beträgen und innerhalb dieser nach der Nummernfolge geordnet einzutragen sind, während der Vormittagsdienststunden bei den genannten Stellen einzureichen; Formulare zu den Verzeichnissen sind bei allen Reichsbankanstalten erhältlich.

Firmen und Kassen haben die von ihnen eingereichten Zwischenscheine rechts **oberhalb** der Stücknummer mit ihrem Firmenstempel zu versehen.

---

2. **Der Umtausch der Zwischenscheine** für die **4 1/2% Schatzanweisungen der VIII. Kriegsanleihe** und für die **4 1/2% Schatzanweisungen von 1918 Folge VIII** findet gemäß unserer Anfang d. Mts. veröffentlichten Bekanntmachung bereits seit dem

4. November d. Js.

bei der **„Umtauschstelle für die Kriegsanleihen", Berlin W 8, Behrenstraße 22,** sowie bei sämtlichen Reichsbankanstalten mit Kasseneinrichtung statt.

Von den Zwischenscheinen **der früheren Kriegsanleihen** ist eine größere Anzahl noch immer nicht in die endgültigen Stücke umgetauscht worden. Die Inhaber werden aufgefordert, diese Zwischenscheine in ihrem eigenen Interesse möglichst bald bei der **„Umtauschstelle für die Kriegsanleihen", Berlin W 8, Behrenstraße 22,** zum Umtausch einzureichen.

Berlin, im November 1918.

Reichsbank-Direktorium.

Havenstein. v. Grimm.

betreffend die Beschwerde der Inhaber des Sanatoriums Hedemünden wegen der Veranlagung zur Gewerbesteuer erstattet hat, von Nutzen sein. Professor Schultze behandelt hierin die Fragen: 1. Ist eine Privatanstalt, deren Besitzer gleichzeitig der leitende Arzt der Anstalt ist, schlechtweg und insbesondere die in Hedemünden gewerbesteuerpflichtig? 2. Ist die Vereinigung der beiden Ärzte nur aus der Absicht der Gewinnerhöhung zu erklären? 3. Was können die Inhaber der Anstalt für ihre ärztliche Tätigkeit an der Hand der ärztlichen Gebührentaxe berechnen? Das Gutachten, welches klar und erschöpfend den Gegenstand behandelt, soll demnächst veröffentlicht und dann den Mitgliedern des Vereins zugesandt werden.

Als Material liegt das Gutachten zur gef. Einsichtnahme hier bei.

M. H.! Da wo die Gesetzgebung selbst die Steuerfreiheit eines nicht steuerpflichtigen Berufes beabsichtigt hat, müssen wir bestrebt sein, auch diese zu erlangen. Auf unsere ärztlich geleiteten Sanatorien dürften die Voraussetzungen für die Steuerfreiheit im Sinne des Umsatzstempelgesetzes aber wohl in den allermeisten Fällen zutreffen; ich hoffe, daß die Anhaltspunkte und das Material, welches ich Ihnen gegeben habe, genügen werden, um Sie den zweifellos bevorstehenden Einzelkampf mit Erfolg bestehen zu lassen, trotz günstigster Konjunktur des behördlichen Bestrebens nach Steuererschließung.

Referate.

— **Die Behandlung der Ausfallserscheinungen bei Kopfschußverletzungen.** Von K. Goldstein. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1916 Nr. 22 und 23.

Vortrag, den G. im Auftrag des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen gehalten hat.

— **Die militärärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete des Ersatzwesens und der militärischen Versorgung bei den Hirnverletzungen.** Von K. Goldstein. Sonderabdr. aus: Die militärärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiet des Ersatzwesens und der militärischen Versorgung. Jena 1917, G. Fischer.

Vortrag wie der obenstehende, beide sehr instruktiv für den weiteren ärztlichen Kreis. B.

— **Psychosen und Neurosen im Krieg.** Von M. Weicksel. „Der prakt. Arzt" 1917 Heft 12 bis 15.

Es wird die erfreuliche Tatsache konstatiert, daß die nach der Kriegssanitätsordnung vorgesehenen besonderen Abteilungen für geistig erkrankte Soldaten sich

als nicht in dem Umfange erforderlich erwiesen haben, die auf Grund der Erfahrung früherer Kriege eingerichtet worden waren. Mitteilung eigener Beobachtungen aus der Kgl. Sächs. Heil- und Pflegeanstalt Groß-Schweidnitz. B.

— **Beiträge zur Kasuistik der Tumoren der Hirnventrikel.** Von G. Schäfer. Inaug.-Diss. Breslau 1917.

Zwei Fälle, die keine bestimmten Herdsymptome machten. Günstige, wenn auch vorübergehende Wirkung der Ventrikel- bzw. Spinalpunktion.

— **Ein Beitrag zur okulären Hysterie und ihrer Therapie.** Von M. Raether. D. m. W. 1918 Nr. 37.

Mitteilung von acht Fällen, nach der Kaufmann-Methode geheilt. Da diese — unbequeme — Form der

Hysterie, die Blindheit, so ungemein selten ist, entsteht die Frage, ob nicht Hysterie und Simulation gleich oder mindestens nahe verwandt sind. B.

Wirtschaftliches.

— **Vorbeugen beim Wäscheverbrauch.** In Kranken- und Wohlfahrtsanstalten liegt die Gefahr nahe, daß von der für die Kranken bestimmten Leib- und Bettwäsche an Angestellte aushilfsweise geliehen wird. Es soll auch schon vorgekommen sein. Das ist selbstverständlich, auch wenn es aushilfsweise geschieht, strafbar. Aber wenn sich dieser Mißbrauch einmal irgendwo eingeschlichen hat, ist er schwer herauszubringen. Darum vorbeugendes strenges Verbot und scharfe Überwachung und Kontrolle — aber nicht bloß auf dem Papier. In keiner Kranken- oder ähnlichen Wohlfahrtsanstalt — sei es welcher Art oder an welchem Ort auch immer — darf Leib- oder Bettwäsche an Angestellte geliehen werden. Dasselbe gilt sinngemäß auch bei Zentraldepots solcher.

— **„Aus Deutschlands Waffenschmiede."** Mit vielen Bildern und Tafeln von Dr. J. Reichert. Reichsverlag, Berlin-Zehlendorf-West. Preis 2,50 M.

In dem künstlichen Nebel von Mißtrauen gegenüber der wirtschaftlichen Leistung des einzelnen zucken die Taten, wie die Erbauung der 42-cm-Mörser, der U-Boote, der Langkanonen, wie die Durchführung des Hindenburg-Programms wie reinigende Blitze auf. Wer hier mit Reichert die letzten drei bis vier Jahrzehnte der industriellen Entwicklung überdenkt, der sieht, wie die Tatsachen von heute uns unabweisbare Forderungen für morgen aufzwingen. Was freie Wirtschaft und Arbeit in kühner Gestaltung schaffen kann, das hat die deutsche Eisenindustrie im Wettbewerb mit England gezeigt. Das Kapitel „Friedensleistungen" ist ein Ruhmesblatt der deutschen Wirtschaftsgeschichte. Das sei uns ein Hinweis angesichts der industriellen Zukunftssorgen.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Kundmachung.

In der Landesheilanstalt für Geisteskranke in Lehen, Maxglan, Salzburg, gelangt sofort eine

Primar- bezw. Assistentenstelle

zur Besetzung.

Voraussetzung für die Anstellung ist eine entsprechende psychiatrische Vorbildung und mehrjährige Praxis an einer inländischen Anstalt. Mit dieser Anstellung sind die Bezüge der VIII. bezw. IX. Rangsklasse und Dienstwohnung verbunden.

In berücksichtigungswürdigen Fällen kann eine Anstellung auch in einer höheren Rangsklasse in Aussicht genommen werden.

Voraussetzung für die Anstellung ist deutsche Nationalität.

Entsprechend instruierte Gesuche sind bis längstens

31. Dezember 1918

an den Landesrat der autonomen Landesregierung zu richten.

Vom Landesrat der autonomen Landesregierung Salzburg, am 25. November 1918.

Der Landeshauptmann.

Zwanzigster Jahrgang. Nr. 37/38. 1918/19

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. - Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 37/38. 21. Dezember **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Die Anstaltsaufnahmen zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand eines Angeschuldigten (StPO. § 81) und zur Feststellung des Geisteszustandes eines zu Entmündigenden (ZPO. § 656) in Preußen.

Von **C. Moeli,** Berlin.

Die Ergebnisse der in der StrPO. § 81 zur Feststellung des Geisteszustandes eines Angeschuldigten und in ZPO. § 656 zur Beobachtung eines zu Entmündigenden vorgesehenen Anstaltsaufnahmen sind für die Zeit von 1900 bis 1911 von mir übersichtlich zusammengestellt und kurz besprochen worden.[1]) Die fortgesetzte Mitteilung über diese Maßnahmen gestattet es, ihre Anwendung weiter zu verfolgen, ihre Häufigkeit, die Verteilung nach Provinzen oder Oberlandesgerichtsbezirken zu betrachten und über die Ergebnisse, zu denen die Begutachtung bezüglich Vorliegens einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit i. S. des § 51 StGB. oder des Unvermögens nach § 6 Z. 1 BGB. gelangt ist, im Anschluß an das früher Festgestellte zu berichten. Auch lassen sich die beiden ersten vollen Kriegsjahre 1915 und 1916 mit einer längeren Reihe der Friedensjahre vergleichen. In folgendem ist dazu für den § 81 StPO. hauptsächlich der letzte 9 Jahre umfassende Abschnitt vor dem Kriege gewählt, da in ihm die Häufigkeit der Aufnahmen sich ziemlich gleichmäßig gestaltet hat. Daß dabei die letzten Monate des Jahres 1914 der Friedenszeit zugerechnet werden, ist insofern der geringere Fehler, als die Begutachtung in diesem Zeitraum wahrscheinlich überwiegend noch in die Friedenszeit fallende Delikte oder zum Entmündigungsantrag führende Tatsachen betrifft. — Eine gründliche Betrachtung über die Einflüsse des Krieges muß der Friedenszeit vorbehalten bleiben.

I. Zum § 81 StPO. für die Friedensjahre

(insbes. 1906 bis 1914).

1. Die Gesamtzahl der Aufnahmen stieg zwischen 1895 und 1905 von 255 auf 457 im jährlichen Durchschnitte der zwei- bis dreijährigen Zählungsperioden. In dem folgenden Abschnitte 1906/08 wurde (1727) 575 erreicht, aber 1909/11 und 1912/14 trat mit 1815, 1838 Aufnahmen eine viel größere Stetigkeit ein, die Jahresdurchschnitte der Zählungsperioden stiegen im Verhältnisse lange nicht mehr so stark: 575 : 605 : 613.

Bezüglich der örtlichen Verteilung auf die einzelnen Landesteile sei folgendes voraus bemerkt:

Die Beobachtungszahlen sind nach Provinzen zusammengestellt. Dagegen benutzt die juristische Strafprozeßstatistik die Einteilung nach Oberlandesgerichtsbezirken.[2]) Die Zahlen der Eingesessenen weichen von denen der Provinzialbevölkerung nur wenig ab.[3]) Völlig zusammen fallen sie für Kiel, Königsberg, Stettin. Ganz unbeträchtlich ist der Unterschied in Breslau, Marienwerder, Posen (nicht über 4 v. H.). Wo die Oberlandesgerichtszahlen merklich überwiegen, handelt es sich um zugehörige nichtpreußi-

[1]) Fürsorge für Geisteskranke usw. Halle 1915, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. S. 75 und 109 und Anh. Nr. 11 S. 199, Nr. 14 S. 201. — Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 60, 637. D. W. 1909, 344. — (MinBlMed. 1906, 1909, 1913. MinBl. 1918 Nr. 52.)

[2]) D. Justiz-Statistik Jg. XVII. Berl. 1915. Puttkammer und Mühlbrecht S. 6 und 183.

[3]) Nach der Zählung vom 1. Dezember 1910.

sche Gerichte. Am meisten tritt das hervor bei Naumburg (Anh.), Cassel-Frankfurt a. M. + 11 v. H. (Waldeck), Celle + 10 v. H. gegen Provinz Hannover (Lippe usw.). Das OLG. Hamm hat etwa 10 v. H. mehr, Cöln-Düsseldorf etwa ebensoviel weniger als die Provinzialbevölkerung beträgt. Einige preußische Amtsgerichte gehören zum LG. Meiningen und Rudolstadt, daher zum OLG. Jena. Die Unterschiede, die durch Zutritt nichtpreußischer Gerichtseingesessener gegen die Provinzialbevölkerung entstehen, sind gering und sie können um so mehr außer Betracht bleiben, als die Anordnung der Anstaltsbeobachtung durch das LG., wo nichtpreußische Anstalten zur Verfügung stehen, sie in der Regel für die Angehörigen des Bundesstaates benutzen wird. Also werden die von den Provinzen gemeldeten Aufnahmezahlen keine wesentlich weitergehende Beimengung nichtpreußischer Angeschuldigter enthalten, als sie auch sonst vorkommt. Nur bei einzelnen Oberlandesgerichtsbezirken kann die Zahl der Angeklagten durch Zugehörigkeit nichtpreußischer Gerichte etwas vermehrt sein.

Das Verhältnis bei dem OLG. Berlin (Kammergericht) kann zu Irrtümern Anlaß geben — es muß für die beiden zugehörigen Zählbezirke, für Berlin und Brandenburg berücksichtigt werden. Die Summe der Einwohnerzahlen (6164 T.) fällt mit der der Gerichtseingesessenen (6101 T.) ziemlich zusammen. Es ist für sie das Ergebnis, soweit erforderlich, außer dem für die beiden getrennt gehaltenen Zählbezirke angeführt.

Die erhebliche Zunahme wuchs schrittweise in den elf Jahren von 1895 bis 1905:

1895/97	765	Aufnahmen	—	Jahresdurchschn.	255.
1898/1900	890	„	—	„	297.
1900/03	1085	„	—	„	361.
1904/05	915	„	—	„	457.

Bis 1906/08 ist mit 575 Jahresdurchschnitt die Aufnahmezahl von 1895/97 mehr als verdoppelt.

In diesen elf Jahren bestand folgende Zusammensetzung:

Tabelle I (Geschlecht und Alter 1895 bis 1905).

	a) Erwachsene			b) Jugendliche			Sa.	Jährl. Dchsch.
	m.	w.	weibl. v. H. Er-wachs	m.	w.	zusamm. v. H. der Aufn.	a u. b	
1895/1897	587	145	20	25	8	33=4,3	765	255
1898/1900	724	115	13,7	33	18	51=5,7	890	297
1901/1903	889	157	15	26	13	39=3,6	1085	361
1904/1905	804	83	10	21	7	28=3,4	915	457
Sa.	3004	500	14	105	46	151=4,1	3655	332

Tabelle Ia. Verteilung auf die Provinzen. Geschlecht und Lebensalter 1906/14 (1895/1905).

	Erwachsene	davon weibliche v. H.	Jugendl. An-zahl	Jugendl. v. H. d. Aufnahme
1. Ostpreußen	176 (155)	15 (20,6)	6	3,4
2. Westpreußen	158 (92)	13 (25)	4	2,5
3. Berlin und Brandenburg	1134 (606)	12 (15)	20	1,7
4. Pommern	213 (259)	11 (13)	10	4,7
5. Posen	188 (126)	16 (15)	5	2,6
6. Schlesien	560 (499)	15 (18)	25	4,3
7. Sachsen	391 (182)	9 (20)	10	4
8. Schl.-Holstein	300 (157)	8 (11)	8	2,6
9. Hannover	353 (265)	10 (15)	9	2,5
10. Westfalen	334 (261)	8 (12)	9	2,6
11. Hessen-Nassau	368 (255)	12,8 (9)	13	3,4
12. Rheinprovinz	1057 (478)	7,7 (11)	33	3
	5228 (3504)	579 (500) 11 (14)	152 2 m.,	2,77 0,77 w.

Von 5228 Erwachsenen 1906 bis 1914 waren 11 v. H. weibliche (14 in 1895 bis 1905). 1895 bis 1905 war das weibliche Geschlecht am stärksten vertreten in Westpreußen, Ostpreußen, Schlesien und Sachsen. Im allgemeinen überwiegen auch 1906/14 hierin die östlichen Provinzen: Posen, Ostpreußen, Schlesien und Westpreußen zeigen rd. 15 v. H. weibliche Aufnahmen, die übrigen etwa 10, niedrig wiederum die weiblichen Aufnahmen in Rheinprovinz, Westfalen, Schleswig-Holstein. — Jugendliche sind unter 5380 Aufnahmen 2,77 (4,1) v. H. vorhanden, und zwar 2 v. H. m., 0,77 w. (ähnlich dem Verhältnis für 1895/1905). Die Aufnahmen der Jugendlichen sind in den östlichen Provinzen zahlreicher. Hier war das weibliche Geschlecht 1906/14 aber nur mit 20 v. H. bei den Jugendlichen gegen 29 in den anderen Provinzen beteiligt.

Für den hier vorzugsweise betrachteten späteren Zeitabschnitt der 9 Jahre vor dem Kriege, für 1906/1914, liegen als Jahresdurchschnitt der drei Triennien die Aufnahmezahlen 575, 605, 613 vor. Sie bedeuten eine Zunahme von 6,7 v. H. Das Wachstum der männlichen, überwiegend in Betracht kommenden Bevölkerung stellte sich zwischen 1906 und 1910 auf 7,42 v. H.[4]) 1895/05 kam

[4]) Stat. Jb. f. d. preuß. Staat 1915, S. 6. — Die Zahl der männl. Verurteilten auf 100 000 Strafmünd. übertraf die der weibl. 1910/12 etwa 5.7 mal. Das. 304. Von 6225 nach § 81 StPO. aufgenommenen Erwachsenen waren 89 v. H. männlich.

auf ein Bevölkerungswachstum von 7,87 v. H. eine Zunahme der Durchschnittsziffer der strafprozessualen Anstaltsaufnahmen von 255 auf 457, d. h. um etwa 80 v. H.

Sie ist natürlich von der Bevölkerungsbewegung nicht abhängig. Einen gewissen Zusammenhang wird man eher mit der Zahl der Strafsachen (nach Ausschluß der Übertretungen) vermuten dürfen.

1901/05 bis zum Jahre 1913 im Staate um rund ein Viertel unter großer Verschiedenheit in den einzelnen Provinzen gestiegen, vom Durchschnitte 1906/10 an bis 1913 um ein Achtel (s. Tab. II 1 b). Dem gegenüber haben die strafprozessualen Anstaltsaufnahmen aus § 81 vom Jahresdurchschnitt 361 für 1901/03, auf 613 für 1912/14, d. h. um sieben Zehntel — dagegen vom Durchschnitt 1906/08 an nur um sieben Hundertstel zugenommen, Tb. II, 2.

Tabelle II,
nach der D. Just. Stat. XVII S. 183 berechnet.

	1. Verbrechen-Anklagen				2. Anstaltsaufnahmen			
	a) Durchschnitt		b) J. 1913, geg. Durchschnitt 1906/10		1906 bis 1908	1910 bis 1911	1912 bis 1914	Verhältnis 1912/14 zu 1906/08
	1906/10	1911/13						
1. Berlin m. Brandenburg	6600	7028	7183	109	235	413	406	172
2. Breslau	5282	5522	5458	103	227	190	168	84
3. Cassel-Frankfurt a. M.	1773	1905	1902	107	134	138	109	84
4. Celle	2217	2446	2593	111	106	133	123	116
5. Cöln-Düsseldorf . .	5679	6829	7289	128	343	365	382	111
6. Hamm	3551	4244	4519	127	124	84	135	109
7. Kiel	1456	1634	1633	112	91	108	109	120
8. Königsberg	1491	1524	1592	107	56	57	63	113
9. Marienwerder . . .	1129	1074	1122	99	41	70	51	124
10. Naumburg	2580	2704	2692	104	126	127	138	109
11. Posen	1530	1501	1390	91	70	49	74	106
12. Stettin	1108	1133	1434	111	74	71	78	105
(1901/05 30966)	34406	37544	38617	112,5	1727	1815	1838	107

Nach Tabelle XIV der D. Just.-Statistik XVII S. 183 sind bei den preußischen OLG.n Strafsachen in erster Instanz als Vergehen und Verbrechen anhängig geworden im Durchschnitte für 1901/1905 331 948, für 1906/10 327 633, für das Jahr 1913 329 958. Die Zahlen für 1911 und 1912 sind ähnlich. Auch im Reiche ist für diese allgemeinen Anklagen der Unterschied gegen 1906/10 ganz gering. Es ist nun anzunehmen, daß bei Anklagen wegen bestimmter Verbrechen (Meineid, Sittlichkeitsdelikte, oder gegen das Leben, bei schwerem Diebstahl, Raub, Urkundenfälschung, bei Brandstiftung und gemeingefährlichen Handlungen) im allgemeinen eher zu einer Begutachtung des Geisteszustandes des Täters Anlaß gegeben ist, als bei der großen Masse der Vergehen, namentlich gegen das Eigentum. Deshalb ist die Tabelle II beigefügt, die die Anklagesachen erster Instanz [5]) wegen Verbrechen darstellt. Sie sind vom Durchschnitte der Jahre

Nach der Tabelle II, wo die Zahlen für die OLG. (1) und für die Provinzialanstalten (2) mit den erwähnten Einschränkungen zu betrachten sind, entspricht den wechselnden Anklagezahlen die fortlaufende Benutzung der Anstalten nicht, z. B. Nr. 1 bis 3, 9 und 11.

Nach § 168 II StPO. erfolgt, wenn Geistesstörung i. S. des § 51 StGB. als Schuldausschließungsgrund im Verlauf der Untersuchung — sei es ohne oder vermittelst der von der Strafkammer anzuordnenden Beobachtung gemäß § 81 StPO. — zweifellos festgestellt ist, Einstellung des Verfahrens. Nur wo die Frage der Zurechenbarkeit offen oder begründeten Zweifeln unterworfen bleibt, muß sie durch Erhebung der Klage zur gerichtlichen Entscheidung gebracht werden.[6])

Begreiflich ist daher, daß die Fälle zweifel-

[5]) Wo auf Anklage der Staatsanwaltschaft zur Hauptverhandlung geschritten wurde. A. a. O. XVI S. 201, Anm. 9.

[6]) StrPr. Ref. Komm. E. § 80 hatte zu „untergebracht" gesetzt: „wenn die öffentliche Klage bereits erhoben ist". Nach § 155 StPO. ist „Angeschuldigter" gegen wen die öff. Kl. erhoben — „Angeklagter" gegen wen die Eröffnung des Hauptverfahrens beschlossen ist.

hafter Geistesbeschaffenheit, bei denen es zum Verfahren gemäß § 81 kommt, viel zu selten sind, um eine bestimmte Beziehung zu der Zahl der Anklagesachen nach solcher ganz allgemeinen Strafprozeß-Verbrechens-Statistik erkennen zu lassen.

Mit der Kriminalitätsziffer, dem Verhältnis der Verurteilungen zu 100 000 der strafmündigen Bevölkerung, steht die Zahl der zweifelhaften Geisteszustände und der Einweisungen in öffentliche Anstalten gemäß § 81 StPO. überhaupt nicht in Verbindung — insofern als bei Annahme einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit i. S. des § 51 StGB. der Täter, falls nicht schon nach § 168 II das Verfahren eingestellt wird, außer Verfolgung gesetzt (§ 202 StPO.) oder freigesprochen werden muß.[7])

Die Vermehrung der Geisteskranken in der Bevölkerung könnte für die Beteiligung an rechtswidrigen Handlungen, demnach auch für die psychiatrische Sachverständigentätigkeit naturgemäß von Bedeutung sein. Nun sind allerdings die Zugänge in die Heil- und Pflegeanstalten fortdauernd und hochgradig gewachsen. Namentlich von 1901 bis 1905 wird eine Vermehrung bemerklich, die in diesem Abschnitte etwa vier Zehntel beträgt. Von 1906 bis 1914 ist die Zunahme nicht mehr so auffallend, immerhin stellt sie sich für diese neun Jahre von 124 auf 150 T. dar, d. h. um etwa 21 v. H. Das Anwachsen der Aufnahmen im allgemeinen wird im ersten Zeitabschnitt nach 1901 noch übertroffen von dem der Beobachtungen nach § 81. Die Zahl von 361 für 1901/03 hebt sich schon binnen drei Jahren um 20 v. H., in weiteren zwei Jahren noch um fast 26 v. H. auf 575. Wie erwähnt, trat dann ein gründlicher Nachlaß in der Zunahme ein. Sie betrug von 1906/08 an bis 1912/14 für den jährlichen Durchschnitt 575 : 613, im ganzen nur etwa 7. v. H., sie entspricht also etwa dem Bevölkerungszuwachs — nicht der auch weiter noch wesentlich steigenden (21 v. H.) Aufnahmeziffer der öffentlichen Anstalten. Man ist sich dabei klar, daß diese Steigerung keineswegs von entsprechender Vermehrung der Geisteskrankheiten in der Bevölkerung abzuhängen braucht. Sie ist zum großen Teile Folge einer erleichterten und verständnisvolleren Benutzung der Anstalten auch für früher außerhalb verbliebene Formen und hat insofern mit etwaiger größerer Beteiligung der Geisteskranken an Rechtsverletzung nichts zu tun.

Nach alledem bieten weder, was zu erwarten war, die Zahlen über Bevölkerungszuwachs und über Steigerung der Gesamtaufnahmen in die Anstalten für Geisteskranke noch die allgemeinen Anklageziffern wegen Verbrechen von 1900 bis 1913 eine Erklärung dafür, daß die strafprozessualen Einweisungen in dem ersten Teile dieses Zeitraumes eine so große Höhe erreicht und sie weiterhin beibehalten haben. Mehr Einsicht in die Bedingungen würde man von einer Zählung erwarten, bei welchem Bruchteile der Angeschuldigten je nach den Delikten Zweifel über den Geisteszustand überhaupt sachverständige Untersuchung herbeiführen. Was die Stellung der Gerichte und der Sachverständigen zur Anstaltsbeobachtung bedeutet, wird bei Besprechung des Ausfalls der Gutachten zu erwähnen sein.

Die Zahl der Aufnahmen gem. § 81 in den einzelnen Provinzen ist für die Zeit von 1906 bis 1914, von drei zu drei Jahren berechnet, einer besonderen Schwankung nicht unterworfen. Nur ganz ausnahmsweise hebt sich einmal eine Periode auffallend ab; manche Bezirke zeigen große Regelmäßigkeit, z. B. Tab. II 2, Nr. 5. 8, 10. In Tab. II a ist aus der Durchschnittszahl der Aufnahmen der letzten neun Friedensjahre berechnet, wieviel Aufnahmen auf je Zehntausend der Provinzialbevölkerung (nach Zählung vom 1. Dezember 1910) fielen.

In der D. Just. Statistik XVI S. 204/5 sind die Anklageziffern (s. Anm. 5) für Verbrechen auf 10 000 strafmündige Personen nach OLG. angegeben, danach kommt die Reihe in Spalte 4 zustande. Läßt man die verschiedene Grundlage (Bevölkerung — Strafmündige) außer Betracht, so bleibt bestehen, daß, während die Zusammensetzung der Gerichtsinsassen nur eine völlige Gleichstellung einzelner OLG. mit andern beschränkt, die Zahlen für die OLG. mit den die Provinzen betreffenden Aufnahmeziffern nicht ohne weiteres in Beziehung gebracht werden können. Insbesondere können Verhältniszahlen dort, wo eine Provinz mehrere OLG. von verschiedenem Umfange besitzt

[7]) Statistik des Deutschen Reiches Band 267, Erört. I, 23. Es sind für das Reich Gruppen von OLG. gebildet. Von ihnen umfaßt nur die ostdeutsche (Königsberg, Marienwerder, Posen), die schlesische (Breslau), die brandenburgische (Berlin) und die rheinisch-westfälische (Cöln, Düsseldorf, Hamm) ausschließlich preuß. OLG., während die hessisch-hannoversche nur überwiegend preuß. OLG., andere solche nur in der Minderzahl einschließen. Die Kriminalität für 1907/12 in den rein preuß. Gruppen läßt z. B. in zwei für uns wichtigen Verbrechen, Mord, Totschlag und Sittlichkeitsdelikte, eine allgemeine Steigerung nicht ersehen (Ostgruppe und Berlin Abnahme). Die allgemeine Kriminalität ist für das Reich von 1902 bis 1908 etwas gestiegen, dann gefallen, die Kurve der Verurteilungen (hint. II, 67) steht 1912 nach geringen Schwankungen etwas niedriger als 1902. Ebenso ergibt sich für männliche Verurteilte ein ziemlich gleichmäßiger Verlauf von 2180 in 1902 zu 2140 in 1912,

Tabelle II a.

Provinzen (nach Aufn. zu Bevölkerung)	1. Aufnahme gemäß § 81 1906/14	2. Jährlich rund	3. Auf 10000 Bevölkerung Aufnahme aus § 81	4. Reihe d. OLG. nach Verbr.Ankl. Ziffern auf 10000 Strafmünd. 1901/10 (s. D. J. St. XVI 206)
1. Berlin	905	101	0,49	Breslau 8.
1. a) Berlin u. Brandenburg	1154	129	0,21	Berlin 1.
2. Schleswig-Holstein	308	34	0,21	Kiel 2.
3. Hessen-Nassau	381	42	0,19	Cöln (Düsseldorf ab 06) 4. } -
4. Rheinprovinz	1090	120	0,17	Hamm 12. }
5. Sachsen	401	45	0,15	Marienwerder 9. } ziemlich gleich
6. Pommern	233	26	0,15	Königsberg 11. }
7. Hannover	362	40	0,14	Posen 10. }
8. Schlesien	585	65	0,12	Frankfurt a. M. 3. }
9. Westpreußen	162	18	0,11	Naumburg 5. }
10. Posen	193	21	0,1	Celle 7.
11. Ostpreußen	176	20	0,097	Stettin 6.
12. Westfalen	343	38	0,092	Cassel 3.
12. a) Brandenburg ohne Berlin	249	28	0,068	

(Rheinland, Hessen-Nassau) nicht benutzt werden, zumal wenn die Einrichtung eines neuen OLG. (Düsseldorf 1906) und die Änderung eines Bezirks (Hamm) mitten in einem Zählabschnitte neue Grenzlinien schafft. Ist somit ein eigentlicher Vergleich der provinziellen Anstaltsaufnahmen mit den Anklagesachen der zugehörigen Oberlandesgerichte nicht durchführbar, so läßt sich doch aus den beiden Feststellungen II a 3 und und 4 ein allgemeiner Schluß ziehen. Er geht zunächst dahin, daß nach den für 1901/1910 zusammengezogenen Anklageziffern der Strafmündigen (auch unter Berücksichtigung von 1896/1900) keineswegs so erhebliche Unterschiede zwischen den Oberlandesgerichtsbezirken bestehen, wie sie für die Aufnahmezahlen im Verhältnis zur Provinzialbevölkerung im G. hervortreten (Tab. II a, 3).

Auch wenn man Cöln-Düsseldorf und Cassel-Frankfurt a. M. zusammenzuziehen versucht, läßt sich nach Tabelle II ein durchgängiges Verhältnis zwischen der Häufigkeit der gerichtlichen Anstaltsaufnahmen und einer so allgemeinen Sammlung der Anklagen wegen Verbrechen für die einzelnen Landesteile nicht ersehen. Den hohen Zahlen für 1. a) Berlin-Brandenburg und 2. Schleswig-Holstein in Sp. 3 entspricht eine hohe Anklageziffer (Sp. 4) — dagegen steht z. B. 8. Schlesien nach der Anklagezahl viel höher als in der Aufnahmereihe, 3. Hessen-Nassau, 5. Sachsen, 6. Pommern viel niedriger, also wäre in diesen Provinzen der § 81 StPO. verhältnismäßig häufiger angewandt als in 8. Mehr läßt sich beim Fehlen von Einzelangaben über die Delikte usw. nicht sagen. —

2. Das Ergebnis der Begutachtung.

Tabelle III.

Jahre	Zahl der Aufnahmen (durchschn.)	Zahl der be-stimm-ten Ga.	davon eine krankh. Störung i. S. d. § 51 StGB. angenommen	v. H.	nicht angenommen	v. H.
A. 1901/03	1085(361)	1055	760	72	295	28
1904/05	915(457)	886	585	66	301	34
Sa. 1901/05	2000(400)	1941	1345	69	596	31
B. 1906/08	1727(575)	1675	996	59	679	41
1909/11	1815(605)	1776	929	52,3	847	47,7
1912/14	1838(613)	1791	808	45	983	55
Sa. 1906/14	5380(598)	5242	2733	52	2509	48
C. 1915	480	466	223	48	243	52
1916	540	523	253	49	270	51
Sa. 1915/16	1020(510)	989	476	48	513	52

Es ist hier im Laufe der Zeit eine Veränderung eingetreten, die dazu nötigt, auf die früher mitgeteilten Zahlen (Anm. 1) zurückzugreifen.

Zunächst hinsichtlich der Äußerungen, die nicht in einen bestimmten Satz darüber auslaufen, daß eine krankhafte Störung i. S. des § 51 StGB. als vorliegend oder ihr Ausschluß als begründeten Zweifeln unterworfen erachtet werde — oder daß solches nicht angenommen werde. Zu unbestimmten Gutachten führten 1901/03 2,8, 1904/05 3,2, von

1906 bis 1914 2,6 v. H. der Aufnahmen.[8]) (In den Kriegsjahren 1915/16 lagen solche in 3 v. H. der Beobachtungen vor.)

Die bestimmt lautenden Gutachten des Abschnitts 1901/05 (in dem die Aufnahmen nur etwa zwei Drittel vom Durchschnitt der folgenden neunjährigen Periode betrugen) sowie in den vorausgehenden Jahren 1898/1900 nahmen in mehr als zwei Dritteln, in 72 und 69 v. H., einen Zustand i. S. des § 51 StGB. an. In der Folgezeit nehmen diese Erachten i. S. einer schuldausschließenden Geistesstörung, und zwar durch die ganze Reihe der Jahre (schon von 1904 ab) in gleichmäßiger Weise ab, so daß sie im Zählabschnitt 1912/14 unter die Hälfte gesunken sind. (Die später noch zu besprechende Abteilung C. der Tabelle III zeigt, daß die Zunahme der die Zurechenbarkeit bejahenden Gutachten anhält, d. h. das Verhältnis zu den verneinenden eine Änderung bisher nicht wieder erfahren hat.)

Die Steigerung der Aufnahmen fällt mit dem Rückgange der das Vorliegen einer Störung i. S. des § 51 StGB. bejahenden Gutachten ziemlich zusammen. Man darf die Vermutung äußern, daß in dem Mehr der Zugänge solche Fälle überwiegen, die als weniger auffällig früher zu Zweifeln keinen Anlaß boten, mit der zunehmenden Kenntnis vom Wesen der Psychosen aber die Aufmerksamkeit des Gerichts erweckten und wegen der Schwierigkeit der Beurteilung zum Antrag des Svst. aus § 81 führten. Daß eine größere Zahl davon als nicht unter § 51 StGB. fallend erachtet wurde, ist begreiflich. Möglicherweise hat hieran auch Anteil, daß die Erfahrungen namentlich über degenerative Zustände sich vermehrt haben. Die Bewertung einzelner Symptomengruppen für den Geisteszustand zur Zeit der Tat hat sich etwas vervollkommnet — näher kann hierauf nicht eingegangen werden.

Es ist schon bei der früheren Zusammenstellung darauf verwiesen, daß unter den Angeschuldigten, bei denen das Vorliegen von § 51 StGB. nicht angenommen wurde, sich eine Anzahl sogen. vermindert Zurechnungsfähiger, d. i. trotz psychischer Abweichungen nicht Unzurechnungsfähiger, befinden werde.[9]) Solche Feststellung muß, wenn diese Zustände im Gesetz berücksichtigt werden, in den Gutachten besonders zum Ausdruck gebracht werden.

Noch sei erwähnt, daß die Begutachtungsschlüsse, für einen längern Zeitraum betrachtet, in den einzelnen Provinzen keine erheblichen Unterschiede bieten. Die Bejahungen betragen von 42 (Berlin allein, Posen) bis zu 65 v. H. (Ostpreußen).

b) Die beiden Kriegsjahre 1915 und 1916.

Stellt man die beiden ersten reinen Kriegsjahre 1915 und 1916 den vorhergehenden Friedensjahren gegenüber (Tab. III C), so ist zunächst ein Rückgang der Aufnahmezahl von dem in langsamem Steigen erreichten Durchschnitte (von 613) auf 510 zu bemerken. Gegen den des neunjährigen Abschnitts, 597, beträgt der Abfall 1915/16 15 v. H. Von den einzelnen Provinzen haben Schlesien und Berlin, weiter Westfalen, einen über die Abnahme im Staate wesentlich hinausgehenden Rückgang zu verzeichnen, Rheinprovinz, Posen, Pommern ungefähr Gleichstand mit der Friedenszahl, höher steht Sachsen, besonders hoch der Durchschnitt 1915/16 in Ostpreußen. Genaueres anzugeben, ist nicht erforderlich, da bei der kurzen Zählzeit weitere Ergebnisse aus den folgenden Jahren abzuwarten sind — insbesondere darüber, ob und wie der Krieg die Anklagen nachweislich beeinflußt hat.

Das Verhältnis der Geschlechter ist gleichgeblieben, von den Erwachsenen etwa 89 v. H. m., auch jetzt ist in den östlichen Provinzen der weibliche Anteil etwas merklicher, 13 v. H. statt 10 v. H. sonst.

Die Mehrzahl (52 v. H.) der bestimmten Gutachten hat das Vorliegen des § 51 StGB, wie schon 1912/14, nicht angenommen — die Gutachten ohne bestimmten Schluß sind um ein weniges häufiger als in den Friedensjahren. Es kann zum Vergleiche die Übersicht für 1915 und 1916 Tab. III C dienen.

[8]) Nach Ablauf der 6 Wochen kann die Beobachtung nur außerhalb der Anstalt, bei verhafteten Angeklagten in der Krankenabteilung des Untersuchungsgefängnisses fortgesetzt werden. § 80 E. der Ref. Komm. für StP. besagte: die Unterbringung usw. dürfe ohne Einwilligung des Angeschuldigten im ganzen nicht über 6 Wochen dauern.

[9]) S. Anm. 1. — Nach dem Anlaß zur Aufnahme ist das natürlich. Der Bad. Ber. f. 1913/14 erwähnt gleichfalls die Häufigkeit psychischer Anomalien, wo § 51 nicht angenommen war. In der Württ. Anst. Weinsberg z. B. wurde in 10 von 32 Fällen § 51 angenommen, von den übrigen in 2 nach weiterer Untersuchung noch das Verf. eingestellt. D. W. 09, 345.

(Schluß folgt.)

Wohnungsfürsorge für Personal und Beamte unserer Anstalten.

Von Direktor Dr. **Max Fischer**, Wiesloch.

Ein Kapitel, das manchem Anstaltsdirektor vermutlich schon jetzt, sicher aber noch mehr sofort nach Kriegsende manche Überlegung und Sorge bereiten wird! Denn die Anstalten, die ungezählte Dienstwohnungen zur Verfügung haben oder in deren Nähe Ortschaften und Städte ohne Wohnungsmangel bzw. mit Wohnungsüberschuß vorhanden sind, werden gezählt sein. Schon allein die Zahl der kriegsgetrauten Ehepaare unter den Wärtern und Beamten, für die mit Kriegsende die Wohnungsfrage auftritt, macht wie überall im Reiche so auch an unseren Anstalten energische Bestrebungen in der Wohnungsfürsorge zur Notwendigkeit. Hier bei uns stehen z. B. allein 20 solcher Familiengründungen von Kriegsgetrauten bevor.

Am besten sind die Anstalten daran, die über die größten Wärterdörfer verfügen. Hier wird nach dem Kriege durch Ausscheiden (Pensionierung) mancher älteren Beamten und Wärter, wohl auch mancher Gefallenen oder durch sonstige Todesfälle diese und jene Wohnung für jüngere Anwärter und Kriegsgetraute frei sein oder werden. Aber selbst an derart gut versorgten Anstalten wird der Bedarf auf diese Weise allein schwerlich gedeckt werden können. Die Zahl der Bewerber wird bei weitem größer sein als der Ausfall und sie alle werden sich ohne Eingreifen der Anstaltsdirektion in schwere Notlage versetzt sehen, was um so unangenehmer von beiden Teilen empfunden werden wird, als davon vielfach um das Vaterland verdiente Kriegsteilnehmer betroffen werden.

Tritt dieser Übelstand schon bei Anstalten mit hochentwickelter Wohnungsfürsorge und mit großen Wärterdörfern ein, so wird er sich um so stärker und bedrohlicher bei den wohl die Mehrzahl bildenden Anstalten, die nur eine beschränkte Anzahl von Dienstwohnungen für Wärter haben, geltend machen, vor allem auch in den vielen neuen oder jüngeren Anstalten, bei denen die Beamtenwohnhäuser des Bauprogramms noch nicht alle erstellt worden sind.

Wo ein großer Teil der verheirateten Wärter, Beamten und Angestellten der Anstalt nicht in Dienstwohngebäuden, sondern in Miethäusern der nächstgelegenen größeren oder kleineren Stadt oder der umliegenden Dörfer wohnen müssen, da ist vielfach die Wohnungsnot, mitunter sogar hochgradig, schon jetzt vorhanden, und mit Schrecken sieht man der sicher kommenden Steigerung des Übels nach Kriegsende entgegen. Seit geraumer Zeit haben wohl allerwärts beträchtliche Mietesteigerungen stattgefunden und, wenn die Beamten bei ihrem mäßigen Gehalt und den ungenügenden Teuerungszulagen diese Erhöhung nicht tragen konnten, mußten sie die Wohnung räumen; nicht selten sahen sie sich auch vom Hausherrn durch Hausverkauf nach dem für solche Fälle brutalen Grundsatz: „Kauf bricht Miete" auf die Straße gesetzt. Bei der herrschenden Wohnungsnot war es ihnen unmöglich, am Orte selbst eine andere Mietwohnung zu erhalten; sie mußten also in entlegenere Ortschaften, ein bis drei Wegstunden von der Anstalt weg, umziehen, sehr zum Nachteil ihrer Person, ihrer Familie, der Kinder und besonders des Anstaltsdienstes. Trotzdem mußte notgedrungen der Anstaltsdirektor seine Zustimmung dazu geben. Aber auch auf dem Lande werden die Wohnungen immer knapper und sind oft überhaupt nur durch Hauskauf erhältlich.

Was läßt sich nun von der Anstaltsleitung im Interesse des Dienstes und zum Schutze ihrer Beamten gegen die vorhandene und die nach dem Kriege noch stärker drohende Wohnungsnot vorkehren?

1. Man wird vor allem dahin streben müssen, die Dienstwohnungen alsbald zu vermehren, und zwar sowohl durch Pachtung als noch besser durch Ankauf von irgendwie habhaften Häusern, die sich dazu eignen; und zwar wird man dabei nicht zu wählerisch sein dürfen.

2. Durch Einrichtung von Notwohnungen in Anstaltsgebäuden selbst, wo dies immer möglich ist, vielleicht ausnahmsweise sogar in etwa infolge des Rückgangs des Krankenstands leerstehenden Krankenpavillons, oder auch in außerhalb der Anstalt, aber in der Nähe gelegenen Bauten, Gehöften usw. kann wenigstens vorübergehend Abhilfe versucht werden.

3. Im Notfalle kann sogar die Ausführung von Behelfbauten, Schnellbauten, das Aufschlagen von Wohnbaracken in Frage kommen.

4. Vor allem und am besten aber wird man durch Neuerstellung von Dienstwohngebäuden auf dem Anstaltsgebiet oder in dessen Umgebung dem Übel steuern sollen. Zwar ist unter dem Druck der gegenwärtigen Verhältnisse das Bauen außerordentlich erschwert, wenn nicht unmöglich gemacht; Baumaterialien stehen unerschwinglich hoch im Preise oder sind überhaupt nicht zu haben;

Bauarbeiter und Handwerker gibt es kaum. Trotzdem darf man angesichts der drohenden Notlage die Hände nicht in den Schoß legen; zum mindesten gilt es, die Vorbereitungen für das künftige Unternehmen zu treffen, Baugelände zu erwerben und Projekte fertig auszuarbeiten, so daß sofort bei Eintritt einer günstigeren Zeitlage mit dem Bauen selbst unverzüglich begonnen werden kann. Außerdem wird man suchen sich Baumaterialien in erheblichem Umfange zu sichern, so z. B. auch aus den angebotenen Heeresbeständen. Schließlich hat die Anstalt unter den beschäftigten Pfleglingen sicher eine Gruppe von gelernten oder eingelernten Bauarbeitern an der Hand, die sich gerne auf diesem Felde betätigen werden; Fundamentierungsarbeiten können auf alle Fälle von ihr geleistet werden. Die Anstaltsleitung wird auch in der Lage sein, von der Regierung Erleichterungen in der Bauausführung wie überhaupt jede staatliche Unterstützung zugunsten ihrer Beamten zu erlangen.

5. Aber auch die Erstellung von neuen Dienstwohngebäuden durch die Regierung wird nicht überall allen Bedürfnissen genügen und wird nicht überall durchführbar sein, zumal die Staatsfinanzen durch andere Anforderungen und Aufgaben gewaltig in Mitleidenschaft gezogen sein werden. Hier kann nur die Selbsthilfe der Anstaltsbeamten (Wärter, sonstigen Personals und Beamten) Wandel schaffen, allerdings, wo immer möglich, unter Leitung und mit Unterstützung der Anstaltsdirektion. Die gemeinnützigen Baugenossenschaften, wie sie allerwärts gegründet werden, scheinen mir in erster Linie dazu berufen, die Wohnungsnot zu beheben und die Wohnungsfürsorge auch für unsere Beamten in gesunde Bahnen zu lenken. Zweck und Organisation einer solchen Baugenossenschaft brauche ich hier wohl nicht zu erörtern; sie sind allgemein bekannt und höchstens in Einzelheiten abhängig von örtlichen Verhältnissen. Wichtig scheint mir dabei der Gesichtspunkt zu sein, daß diejenigen Personal- und Beamtenkreise, die Wohnungen benötigen, nicht allein für sich vorgehen, sondern den Anschluß und die Beteiligung auch der nicht unmittelbar interessierten Anstaltsbeamten und vor allem des Direktors durch verzinsliche Anteilzeichnung herbeizuführen suchen sollen, damit eine möglichst große und kapitalkräftige Körperschaft zustande kommt. Der Direktor kann außerdem dafür sorgen, daß dem Unternehmen nicht nur die Hilfskräfte der Anstalt, sondern auch die in den Reichs- und Landesgesetzen für die Förderung des Wohnungswesens vorgesehenen Unterstützungen wie auch die von anderen Organisationen (Landeswohnungsverein, Baubund, Versicherungsanstalten usw.) geschaffenen Erleichterungen in der Bereitstellung von Baustoffen, in der Gewährung von Geldmitteln (Darlehen), in der Hergabe oder Prüfung von Bauplänen, in der Möbelbeschaffung usw. in möglichst ausgedehntem Maße zugute kommen. Wo schon am Orte eine solche gemeinnützige Baugenossenschaft besteht, wird ein Anschluß der Anstaltskreise zur Kräftigung des Ganzen nur willkommen sein. Nur muß der Direktor darauf sehen, daß für seine Beamten Baugelände in der Nähe der Anstalt frei gemacht wird bzw. er wird sich bemühen, sich beizeiten solches zu sichern. Ist die benachbarte Stadt selbst im Sinne des Allgemeinwohls in der gemeinnützigen Bauweise für ihre Einwohner sehr tätig — es gibt welche, die darin Hervorragendes und Vorbildliches leisten —, so wird es leicht sein, sie auch für die Bedürfnisse der Anstaltsbeamten zu gewinnen, besonders auch von dem Gesichtspunkt aus, daß diese in kleinen, aber geordneten Verhältnissen lebenden Familien sonst auswärts Wohnung zu suchen gezwungen sind und so der Stadt nicht nur an der Einwohnerzahl, sondern auch als Verbraucher wie als Steuerzahler verloren gehen. Besteht eine Baugenossenschaft noch nicht, so halte ich es je nach der Lage der sonstigen Verhältnisse für eine dringliche Aufgabe der Direktion, eine solche Gründung im Verein mit anderen Interessenten am Platze herbeizuführen. Ist das Bedürfnis in der Anstalt selbst aber genügend stark vorhanden, d. h. die Anzahl der Wohnungssuchenden, soweit sie keine Dienstwohnungen haben oder alsbald bekommen können, so groß, daß sie unter Anschluß der übrigen, schon versorgten Anstaltskreise kapitalkräftig genug zu einer eigenen Gründung sind, so steht meines Erachtens einer solchen Selbständigmachung in einer besonderen Baugenossenschaft gar nichts entgegen; sie hat sogar vielleicht vor einer Vermengung mit verschiedenerlei anderen Elementen nicht geringe Vorteile; man ist unter sich und kann sich nach Belieben einrichten, beschränken oder ausdehnen. Wichtig scheint mir bei dieser Gründung der Gesichtspunkt, daß die Neubauten als Miethäuser erstellt werden und nicht zum Verkaufe, oder wenigstens nicht sofort und ausschließlich zum Verkaufe. Am besten bleiben sie dauernd Eigentum der Baugenossenschaft. Das behagliche Gefühl des Wohnens im eigenen Hause kann diesen Beamten mit immerhin beschränktem Einkommen auch durch günstige Mietverträge auf lange Dauer (lebenslänglich), ja sogar auch mit Übergang auf ihre Nachkommen, z. B. durch Erbpacht, und andererseits durch die Wohnungsform, Einfamilienhaus oder Reihenhaus, wo-

durch jede Familie ein besonderes Häuschen für sich allein zum Bewohnen bekommt, verschafft werden. Auf diese Weise erhält der Beamte im Miethause beinahe die gleichen Vorteile, Annehmlichkeiten und Rechte wie in einem eigenen Hause, ohne es doch kaufen zu müssen; seine Ersparnisse aber kann er auf Zins legen und für spätere Zeiten (Erziehung der Kinder usw.) aufsparen. Will er aber doch — wie wir annehmen, ausnahmsweise — früher oder später zum Hauskauf schreiten, so ist ihm auch dies durch die Satzungen der Baugenossenschaft möglich. Mustersatzungen solcher Baugenossenschaften sind in vorzüglich ausgearbeiteter Form bereits vorhanden und bei den Behörden für das Wohnungswesen erhältlich.[1])

Von den hier angegebenen Wegen zur Abhilfe der Wohnungsnot wird je nach den örtlichen Verhältnissen und Bedürfnissen bald der eine, bald der andere den Vorzug verdienen; da und dort, wo großer Wohnungsbedarf vorhanden ist, wird man alle zumal oder nacheinander begehen müssen. Die Form der gemeinnützigen Baugenossenschaft halte ich aber für einen der aussichtsvollsten, besonders dann, wenn von der Regierung Mittel für Neubauten nicht hinreichend und rasch genug bereit gestellt werden können.

[1]) Eine gute Anleitung bietet das „Handbuch für Baugenossenschaften" von Scheidt (Berlin 1913, Verlag von K. Guttentag, 12,50 M). Siehe auch: Die Schriften des Bad. Landeswohnungsvereins (Verlag G. Braun, Karlsruhe) und J. und R. Koppe: „Ausgeführte und geplante Kriegerheimstätten" (Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung).

Was auch die Zukunft uns bringen mag, Wohnstätten für unsere Volksgenossen, besonders für diejenigen, die aus den Schauern des Weltkriegs zurückkehren, darunter auch für unser Personal und unsere Beamten, müssen wir als erste Bedingung für den gesunden Wiederaufbau unserer Bevölkerung auf alle Fälle schaffen. Daß diese Wohnungen einfacher, als wir sie den Anwärtern wünschen, ausfallen werden, liegt an der harten Zeit, der wir entgegengehen. Was aber irgend unternommen werden kann, um erstens die Unterstützungen, die Reichs- und Landesgesetze wie auch korporative Bestrebungen zur Förderung der Bautätigkeit und zur Verbesserung der Wohnungsverhältnisse vorsehen, für sie zu erlangen und um ihnen zweitens trotz gebotener Einfachheit ein gemütliches Heim zu bieten, das soll geschehen. Dazu gehört vor allem auch ein liebevolles Sichversenken in die Baupläne, ein Durchdenken aller baulichen Möglichkeiten in Entwurf und Ausführung wie auch in der Verwendung von Baumaterialien und die Erfindung und Einführung von brauchbaren Einheitsformen in Grundriß, Außenarchitektur, innerem Ausbau und Inneneinrichtung. Nur so kann bei diesen bescheidenen, aber dankbaren Aufgaben des Kleinwohnungsbaus und des Eigenhauses durch Herausarbeiten des Notwendigen und des Zweckmäßigen bei aller Beschränkung etwas Gutes und auch Schönes zutage gefördert werden.

Referate.

— **Über neuere Anschauungen in der Psychiatrie.** Von Geh. Med.-Rat Dr. F. Siemens, Stettin (früher Lauenburg i. Pom.). Berl. klin. Wochenschr. 1917 Nr. 47.

Eine treffliche Übersicht, die mit folgender beachtenswerter Grundlegung schließt: „Was das Bewußtsein, was unser Geist ist, das wird ewig unerforschlich bleiben. Dem unerforschlichen Geist können wir nur mit Verehrung gegenübertreten. Aber unser Geist ist gebunden an das Gehirn. Er bedarf seiner, um sich menschlich zu äußern und zu betätigen. Wird das Gehirn krank, so werden die Äußerungen krankhaft beeinflußt. In diesem Sinne kann man sagen: Die sogenannten elementaren krankhaften Störungen des Seelenlebens: Beängstigung, Aufregung, Stupor, Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen, Delirien, epileptische, hysterische, choreatische Krämpfe, Katatonie usw. sind nur äußerliche Zeichen und Symptomenkomplexe, wie etwa Atemnot, Husten und Bruststiche bei der Lungenentzündung. Was diese Elementarsymptome (Primärsymptome) auslöst, sind schädliche Stoffe im Blut, die von außen eingeführt oder durch fremde Lebewesen erzeugt werden oder aber sich im Inneren des Körpers aus der Störung der innersekretorischen Drüsen entwickeln. Sie können auch durch ein Trauma ausgelöst und überhaupt jederzeit mit künstlichen Mitteln experimentell hervorgerufen werden. Die verschiedene Art, in der die Psyche des Einzelnen sich mit diesen Elementarstörungen abfindet, wie sie diese Primärsymptome verarbeitet und ausgestaltet, das ergibt dann die mannigfachen Bilder der Seelenstörungen. Man wird sie um so besser verstehen, je mehr man einerseits den Ursprung der Primärstörungen zu erforschen in der Lage ist, und andererseits, je besser man die geistige Individualität des Einzelnen durch eine gute Anamnese ab ovo kennen gelernt hat. Denn jeder Mensch hat seine besondere, seine eigene Psychose. Ebenso, wie jeder ja auch seine besondere Form des Rausches hat. B.

Buchbesprechungen.

— Hopp, Dr. med. et phil. Max: Über Hellsehen, eine kritisch-experimentelle Untersuchung. Berlin 1918, S. Karger.

In der Einleitung präzisiert Verfasser zunächst den Begriff Hellsehen und belehrt den Leser dahin, daß er in seinem Buche nur das Hellsehen besprechen will, das ein „Sehen in räumlicher Nähe ohne Gebrauch der Augen" ist, nicht also räumliches Fernsehen, Vorahnung oder das Clairvoyance der Franzosen, sondern die Fähigkeit, mit geschlossenen Augen zu sehen oder gemeinhin unsichtbare, in der Nähe befindliche Objekte zu erkennen. In einem historischen Überblick kommen dann zunächst Mesmer und seine Schüler zu Worte, dann neuere Forscher wie Grasset, du Prel, Reichenbach, v. Schrenk-Notzing u. a. In dem dritten und längsten Kapitel wird darauf das „Hellseh-Experiment" besprochen. Von fremden Experimentatoren wird hauptsächlich Richet mit seinen vier Versuchspersonen zitiert. Die Richetschen Resultate werden als nicht beweiskräftig befunden und vom Verfasser widerlegt. Die eigenen Versuche des Verfassers sind mit weitaus peinlicherer Vermeidung jeder Fehlerquelle angestellt worden. Aber weder das Erraten von Spielkarten, die in undurchsichtige Kuverts verschlossen waren, noch das Erraten einer in einer photographischen Kassette eingeschlossenen dreistelligen Zahl seitens einer in Hypnose versetzten Frau vermochte die Tatsache der Hellsehkraft bestätigende Resultate zu ergeben. Sodann wurden vier Hysterische und als Vergleichsobjekte vier Gesunde auf die Fähigkeit des Erkennens von Farben in der Dunkelkammer geprüft; auch hier konnte kein Überwiegen der Leistungsfähigkeit der Hysterischen über die vier Gesunden konstatiert werden, wohl aber fand sich, wenn dieselben oder ähnliche Versuche mit Hypnotisierten vorgenommen wurden, eine relative Hyperästhesie, die Verfasser durch Änderung der Aufmerksamkeitslage erklärt. Verfasser kommt, nachdem er noch von einem weiteren ziemlich belanglosen Versuch berichtet hat, zu dem Endergebnis, daß ein einwandfreies, beweisendes Beispiel einer Hellsehleistung weder in der Literatur mitgeteilt noch bei seinen eigenen Experimenten zur Beobachtung gelangt sei. Ein Nachtrag bringt schließlich noch die Entlarvung des als Hellsehexperimentator aufgetretenen bekannten Reese. Wern. H. Becker, Herborn.

Therapeutisches.

— **Laudanon,** das deutsche Opiumpräparat. E. S. Faust[1]) hat die Frage, ob alle im Opium vorkommenden Alkaloide für das Zustandekommen der vollen Opiumwirkung unbedingt nötig sind, verneint. Er hat die im Opium vorkommenden hauptsächlichen Alkaloide in verschiedenenen Mischungen klinisch versuchen lassen und es hat sich dabei gezeigt, daß zwei Mischungen am brauchbarsten sind: das Laudanon I und II, un-

[1]) E. S. Faust, Über kombinierte Wirkungen einiger Opiumalkaloide. M. m. W. 1912 Nr. 46.

entbehrlich ist darin das Morphin, wie schon v. Schröder 1883 gefunden hat. Die narkotische Wirkung des Morphins wird durch die Kombination mit den übrigen wichtigen Opiumalkaloiden nicht herabgesetzt, dagegen seine Wirkung auf das Atmungszentrum durch die des Thebains mit Erfolg bekämpft, das dieses Zentrum im entgegengesetzten Sinne beeinflußt. Das Brechzentrum, welches durch Morphin und Apomorphin erregt wird, erfährt durch die anderen Alkaloide im Laudanon eine Herabsetzung seiner Funktionsfähigkeit.

Seitdem liegen Erfahrungen vor von Oertel[2]) über Laudanon in der Geburtshilfe, wo es die Reflexerregbarkeit bei Eklamptischen hochgradig herabsetzt, und die Wehenschmerzen lindert, ohne die Wehentätigkeit aufzuheben und ohne nachteilige Wirkungen für Mutter und Kind, von Prof. R. Hirsch,[3]) welcher es bei allen kolikartigen Schmerzen des Verdauungstraktus gut bewährt fand, auch bei Herzkranken, bei Asthma bronchiale, Magenkrampf und -schmerz, von Geh. San.-Rat Erlenmeyer,[4]) der mit den Erfolgen bei Schmerz- und Angstzuständen durchaus zufrieden ist und nie Nebenwirkungen sah, auch gegenüber dem ausländischen Pantopon die sicher gleichmäßige Zusammensetzung hervorhebt, von E. Wernecke,[5]) der es mit Erfolg zur Erzeugung von Beruhigung und Schlaf bei Psychosen gab, es auch zur Opiumkur verwandte, bei hochgradigen Erregungszuständen zusammen mit Scopolamin, und von Rath,[6]) ebenfalls bei Krampfzuständen an Magen, Darm, Gallenblase, Blase, bei Bronchitis, Lungenentzündung, Rippenfellreizung, bei Angina pectoris (mit Digitalis oder Strophantus), ferner mit Scopolamin subkutan als Vorbereitung zu Narkosen, und ganz besonders bei Asthma bronchiale. B.

[2]) M. Oertel, Kgl. Univers.-Frauenklinik zu Würzburg, Laudanon in der Geburtshilfe. M. m. W. 1914 Nr. 13.

[3]) R. Hirsch, Prof., II. med. Universitätsklinik Berlin, Laudanon bei inneren Krankheiten. M. m. W. 1915 Nr. 53.

[4]) Erlenmeyer, Laudanon-Ingelheim. Psych.-neurol. Wochenschr. 1916 Nr. 7-8.

[5]) E. Wernecke, Laudanon in der Psychiatrie. B. kl. W. 1916 Nr. 15.

[6]) F. Rath, Über Laudanon (Ingelheim). Ztschr. f. ärztl. Fortbildung, Med.-Techn. Mitt. 1917 Nr. 21.

Wirtschaftliches.

— **Wie verschafft man dem im Krankenhaus verpflegten Kranken die Überzeugung, daß er die ihm zugeteilte Kost richtig erhält?** Man notiert die Kostverordnungen auf einem Zettel, der auf seinem Nachttisch zu liegen hat und später ins Krankenblatt eingefügt wird.

Nicht auf die Puls-Fiebertabelle; es ist ein übler Zopf, diese Tabelle — vielleicht gar noch mit der Diagnose — am Bett des Kranken anzubringen; der schwer Kranke wird durch diesen Anblick beunruhigt, der Ganz- und Halbdrückeberger zum Nachdenken über Täuschungsmittel geführt.

Personalnachrichten.

— Am 31. Oktober starb zu Niedermarsberg Herr Geh. Sanitätsrat Dr. Ferd. Rubarth im Alter von 76 Jahren. Er hatte an den Feldzügen 1866 und 1870 teilgenommen und trat dann in den Dienst der Provinz Westfalen und war 42 Jahre segensreich tätig an der Provinzialheilanstalt zu Marsberg, der er zuletzt vor seiner Pensionierung als Direktor vorstand. Wegen seines wohlmeinenden, biederen Charakters erfreute er sich allgemeiner Hochachtung und Verehrung. Große Verdienste erwarb er sich um die Errichtung und den weiteren Ausbau der Idiotenanstalt in Marsberg.

— **Staatskrankenanstalt Friedrichsberg.** Dr. phil. et med. Erich Stern, geboren am 30. Oktober 1889 zu Berlin, ist am 1. Dezember 1918 als Volontärarzt hier eingestellt worden.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. Nr. 39/40. 1918/19

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler,** Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 39/40. 4. Januar **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 60 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Die Anstaltsaufnahmen zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand eines Angeschuldigten (StPO. § 81) und zur Feststellung des Geisteszustandes eines zu Entmündigenden (ZPO. § 656) in Preußen.

Von **C. Moeli**, Berlin.

(Schluß.)

II. Zum § 656 ZPO.: Beobachtung eines zu Entmündigenden in einer Heilanstalt auf die Dauer von höchstens sechs Wochen.

1. a) Bis zum Jahre 1915.

Die Zahl der Entmündigungen wegen krankhafter geistiger Beschaffenheit hat — wie im Reiche — von 1900 ab bis zum Ausbruche des Krieges auch in Preußen sehr erheblich abgenommen. Der fünfjährige Durchschnitt 1906/10 für Preußen war 1663. der dreijährige 1911/13 1505 (nach D. Just. Stat. XVI S. 148 und XVII S. 137 berechnet). Im Reich sank er von 5952 in 1902 auf 3767 in 1911. —

Aufnahmen in Heilanstalten gemäß § 656 ZPO. fanden in Preußen statt 1900 9 Männer, 6 Frauen (nur in öffentlichen), von 1901 bis 1903 70 m. und 16 w. Personen, durchschnittlich 29. Für 1904/05 betrug der Jahresdurchschnitt 44. Bei durchschnittlich 2590 Entmündigungsbeschlüssen in Preußen für 1901/05 wäre das Verhältnis der Aufnahmen 1 : 59, in Wirklichkeit, weil schon von 1901 ab anhaltende Verminderung der Entmündigungsbeschlüsse wegen geistiger Mängel einsetzt, wohl etwas höher.

Die Jahre 1906 bis 1914 brachten 409 Aufnahmen, durchschnittl. 45. Entmündigungsbeschlüsse sind für 1906/10 durchschnittlich 1663, 1911/13 1505 zu berechnen (Tab. IV). Es fällt danach schon auf etwa 40 Entmündigungsbeschlüsse eine Anstaltsbeobachtung. Das kommt daher, daß die Aufnahmen im ganzen die Höhe von 1904/05 behalten haben, während die Entmündigungen sehr abnahmen. Es ist also in der letzten Zeit bis zum Kriege der § 656 bei Entmündigungsanträgen häufiger angewandt als in 1901/05. Erst für 1912/14 ist der Durchschnitt gegen den vorausgehenden Zeitraum etwas zurückgegangen.

Wieviel Anträge abgelehnt sind, weil in etwa 2,6 v. H. das Gutachten der Anstalt zu einem bestimmten Schlusse nicht kam, und weil in rund 20 v. H. der bestimmten Gutachten ein Unvermögen zur Besorgung der Angelegenheiten nicht angenommen wurde, läßt sich nicht feststellen.

Von den insgesamt 595 Aufnahmen fielen 158, d. i. 26 v. H. auf weibliche Personen. Jugendliche sind nur ganz vereinzelt gezählt (2 m., 6 w.).

Unter 497 Aufnahmen von 1904 bis 1914 erfolgten 57 = 11,5 v. H. in Privatanstalten.

(Die Kriegsjahre 1915 und 1916 sollen gesondert betrachtet werden.)

Von Inkrafttreten des neuen Rechts an ist im Reiche der Anteil der Entmündigungen wegen Verschwendung ziemlich gleich geblieben. Der wegen geistiger Störung ist gesunken, von 89 unter 100 Entmündigungsbeschlüssen in 1900 auf 67,9 im Jahre 1913. Ob unter den in dieser Zeit von 7,1 auf 27,9 gestiegenen Entmündigungen wegen Trunksucht sich viel Personen befinden (s. Anm. 10), die früher wegen Geisteskrankheit entmündigt worden wären, ist recht zweifelhaft — ebenso ist nicht zu sagen, wie weit die Anordnung der Pflegschaft gemäß § 1910 BGB. die Entmündigungen beschränkt hat.

Tabelle IV,
nach D. Just. Stat. XVI S. 148/149, XVII S. 137 berechnet.

OLG.	1. Entmündigungsbeschl. weg. Gkrh. oder Gschw. § 6, Z. 1 BGB. Durchschnitt		2. Entmbschl. auf 100 000 Einwohner				3. Jahresdurchschnitt			4. Verhältnis von 3a : 3b	5. Reihe nach der Häufigkeit d. Anstaltsbeobachtung zur Entm.
	a) 1906/10	b) 1911/13	a) 1906 bis 1910	b) 1901 bis 1905	c) 1911 bis 1913	d) Reihe nach Häufigkeit der Entmündigung 1911/13 [Stelle in der Reihe 06/10—01/05]	a) d. Entm. weg. Gkrh. od. Gschw. 1906/13	b) der Anst.-aufnahmen 1906 bis 14	b) der Anst.-aufnahmen i. G.		
1. Berlin . . .	325	277	6	9	4	1. Königsberg [1.—1.]	307	3,0	27	102	1. Kiel
2. Breslau . .	130	102	3	4	2	2. Cassel Frankfurt a.M. [2.—2.]	119	6,1	55	19	2. Breslau
3. Cassel . . . / Frankfurt a. Main . .	72 / 94 } 166	62 / 85 } 147	7	11	5	3. Kiel [5.—7.]	159	7,3	66	22	3. Cassel-Frankfurt
4. Celle	143	133	5	9	4,1	4. Cöln-Düsseldorf [6.—6.]	139	4,8	43	29	4. Celle
5. Cöln . . . . / Düsseldorf	201 / 82 } 283	185 / 80 } 265	4,6	9	4,2	5. Celle [4.—7.]	275	7,3	66	38	5. Stettin
6. Hamm . . .	139	130	3	4	2,4	6. Berlin [3.—4.]	136	1,9	17	72	6. Königsberg
7. Kiel	84	69	5	8	4,3	7. Naumburg [7.—3.]	78	5,1	46	15	7. Cöln-Düsseldorf
8. Königsberg	144	132	7	13	6,3	8. Stettin [8.—8.]	139	4,2	38	33	8. Posen
9. Marienwerder . .	34	44	2	4	2,8	9. Marienwerder [12.—12.]	38	0,55	5	69	9. Naumburg
10. Naumburg	120	111	4	10	3,2	10. Hamm [10.—10.]	117	2,5	23	47	10. Marienwerder
11. Posen . . .	40	45	2	5	2,1	11. Posen [11.—9.]	42	0,55	5	45	11. Hamm
12. Stettin . .	55	50	3	5	2,9	12. Breslau [9.—10.]	53	1,8	16	29	12. Berlin
	1663	1505				[10])	1602	etwa 45 jährl. (409) s. Tab. V.			

Tab. IV Sp. 1 und 2 ergibt die Häufigkeit der Entmündigungsbeschlüsse wegen psychischer Mängel nach Oberlandesgerichtsbezirken, deren Abnahme im Durchschnitte für 1906/10 bis für 1911/13 und für die Gesamtzeit 1901/13 (nach D. Jur. Stat. XVI S. 148 und XVII S. 137 berechnet). Die für 1906/10 und für 1901/05 angegebenen Verhältniszahlen (Sp. 2 a und b) der Entmündigungsbeschlüsse auf 100 000 Einwohner (nach den maßgebenden Volkszählungen) zeigen die Abnahme in den einzelnen Bezirken, abgesehen von 9 und 11, als eine im ganzen gleichmäßige.

In Spalte 2 d ist eine Reihe der Oberlandesgerichte nach der Häufigkeit der Entmündigungsbeschlüsse für 1901/13 aufgestellt. Für 1906 bis 1910 war sie 1. Königsberg, 2. Cassel-Frankfurt a. M., 3. Berlin, 4. Celle, 5. Kiel, 6. Cöln-Düsseldorf, 7. Naumburg, 8. Stettin, 9. Breslau, 10. Hamm, 11. Posen, 12. Marienwerder. Stellt man die Reihe nach den Entmündigungsziffern für das ganze Jahrzehnt 1901/10 auf, so ändert sich die Folge nur dahin, daß 11 vor 9 und 10 tritt.

Neben den Verhältniszahlen 2 a und b, die, aus der D. Just. Statistik entnommen, bis 1910 reichen, ist in Sp. 2 c noch die Verhältniszahl der Entmündigungsbeschlüsse für 1911/13 angegeben. Es ist das gerechtfertigt angesichts der Verminderung im Ver-

[10]) In der Reihe der Entmündigung wegen Trunksucht folgen sich die OLG. für (1901/05 und) 1906/10 ganz anders: 1. Celle (3,4) 3,3. — 2. Hamm (2,3) 3,1, hier Nr. 10. — 3. Cassel-Frankf. a. M. (2,1) 2,4. — 4. Breslau (1,8) 2,3, hier Nr. 12. — 5. Königsberg (1,9) 2,2, hier Nr. 11. — 6. Kiel (20) 1,8, hier Nr. 3. — Berlin steht mit (0,7) 0,7 an letzter Stelle.

hältnis der Entmündigungen zur Bevölkerung, die 2 a gegen b als durchgängige und als zum Teil sehr erhebliche erkennen läßt. Ein weiteres mäßiges Sinken (mit Ausnahme von 9 und 11) ist danach 1911/13 eingetreten.

Die Hauptliste 2 d entspricht diesen Entmündigungszahlen. Die Reihenfolge nach der Häufigkeit der Entmündigungen ist durch sämtliche Perioden von 1901 an insofern durchaus innegehalten als Königsberg und Cassel-Frankfurt a. M. stets an der ersten und der zweiten Stelle stehen, Breslau, Posen, Hamm, Marienwerder durchgehend die spärlichsten Entmündigungen aufweisen. Die Mittelgruppe hat gleichfalls in der ganzen Zeit wenig Verschiebung erfahren, wie 2 d zeigt, wo die Stelle der OLG. in der Reihe für 1906/10 und für 1901/05 in Klammen hinzugefügt ist.

Worin nun diese stetige Verschiedenheit in der Entmündigungsdichte — wohl durch mehrfache Bedingungen — begründet ist, können vielleicht Rechts- und Landeskundige zu erläutern versuchen. Für den Berichter bleibt es auffallend, daß z. B. Königsberg, Nr. 1 in 2 d, dauernd das Mehrfache des Nachbarbezirks Nr. 9 zeigt. Daß an einzelnen Stellen sich noch durch Anstaltsbehandlung herbeigeführte, nicht erforderliche Entmündigungen wie früher, geltend machten, ist, nachdem die Pflegschaft für gesetzliche Vertretung in Einzelangelegenheiten zu Gebote steht, nicht anzunehmen. Von den westlichen Oberlandesgerichtsbezirken steht Hamm dauernd niedrig in den Entmündigungen wegen psychischer Mängel, hoch in denen wegen Trunksucht.

Das Verhältnis der Einweisungen in Anstaltsbeobachtung zur Zahl der Entmündigungen für die einzelnen Provinzen darzustellen ist in Sp. 4 der Tabelle IV versucht, wo der Jahresdurchschnitt der Entmündigungsbeschlüsse von 1906 bis 1913 (Spalte 3 a) zu dem der Anstaltsaufnahmen der zugehörigen Provinz für 1906 bis 1914 (Spalte 3 b, Gesamtzahl nebenstehend) in Beziehung gebracht ist. Nach der Häufigkeit der letzteren ist für 1906/14 eine Reihenfolge der OLG. in Sp. 5 angefügt, deren Vergleich mit der nach Entmündigungsdichte, die in Sp. 2 d für alle Zählabschnitte erkennbar ist — wenigstens im allgemeinen —, zulässig erscheint. Auf die absolute Höhe der Verhältniszahlen kann kein Gewicht gelegt werden, es sei für 2 d nochmals darauf verwiesen, daß eine Hochgruppe 1 und 2 und eine Niedergruppe 9 bis 12 sich durch die ganze Zählungsreihe erhält und daß die eingeklammerten Stellungen für die frühern Abschnitte vor 1911/13 auch erweisen, wie gering der Wechsel in der Häufigkeit der Entmündigungen zwischen den OLG. der Mittelgruppe war.

Die relative Höhe der Anstaltsbeobachtung (5) zeigt sich ohne Beziehung zur Entmündigungsdichte (2 d). Die häufigere Anwendung des § 656: Spalte 5, 1. Kiel, 2. Breslau, 3. Cassel-Frankfurt a. M. trifft in Breslau einen ausgesprochen entmündigungsarmen Bezirk. Allerdings erscheint das eher als Ausnahme, denn die übrigen Bezirke mit niedrigen Entmündigungszahlen (2 d, 9 bis 11) stehen auch in 5 am Ende der Reihe. Das an Entmündigungen besonders reiche Königsberg hält die Mitte.

In Berlin ist § 656 selten angewandt. Unter den Ursachen könnte auch die äußerliche Besonderheit erwogen werden, daß hier die Untersuchungen durch den Sachverständigen gegenüber ländlichen Verhältnissen erleichtert sind und daß fachwissenschaftlich erfahrene Gutachter zahlreich zu Gebote stehen.

2. Ergebnisse der Begutachtung nach Anstaltsbeobachtung gemäß § 656.

Die Zahl der unbestimmten Gutachten war vom Beginne der Berichte, von 1900 an ziemlich dieselbe, bis 1905 etwa 3 v. H. Für die in Tab. V dargestellten Jahre 1906 bis 1914 fielen auf 409 Aufnahmen nur 9 unbestimmte Gutachten = 2,2 v. H., bei Einrechnung von 1904 bis 1905 2,6 v. H.[11])

Nach Abzug 13 unbestimmter Gutachten sprachen sich von 1904 bis 1914 von 484 Gutachten 390, d. i. 81 v. H. für Annahme von Unvermögen i. S. des § 6 Z. 1 BGB. aus, das Vermögen zur Besorgung usw. ergaben 94 Gutachten = 19 v. H. Von den Eingewiesenen gelangten 12 v. H. in Privatanstalten, die in 52 Fällen sich für Unvermögen (14 v. H. aller bejahenden 390 Gutachten), in fünf Fällen (etwa 5 v. H. der 94 verneinenden Gutachten) sich gegen Unvermögen aussprachen.

Geisteskrankheit i. S. des § 6 Z. 1 BGB. wurde in den öffentlichen Anstalten erachtet in 66 v. H. beim Unvermögen — in den Privatanstalten in 69 v. H. der hierauf lautenden Gutachten.

---

[11]) Diese Zahlen sprechen nicht für die Notwendigkeit, die zwangsweise Beobachtung für länger als sechs Wochen zu ermöglichen. Die Österreichische Entmündigungsordnung vom 28. Juni 1916 § 34 hat die Grenze auf drei Monate erweitert. Indes werden im Anstaltsleben geschäftliche und persönliche Beziehungen sehr beschränkt, wo sechs Wochen über die Fähigkeit zur Besorgung usw. ein Urteil nicht gewinnen lassen, wird längerer Aufenthalt die Beschränkung und die Kosten zumeist kaum lohnen. Vgl. Anm. 8.

Tabelle V. ZPO. § 656.

	1906 bis 1908	1909 bis 1911	1912 bis 1914	1. Sa.	1. davon in Priv.-Anst.	2. Jährl. Dch.-schn.	3. bestimmte Ga.	4. davon lauten auf unvermögend seine Angeleg. zu besorgen: a) inf. v. Ostkrh. § 6. Z. 1 Anzahl	a) v. H.	b) von Geistes-schwäche Anz.	b) v. H.	zus. a u. b	v. H. d. Ga.	5. nicht unvermögend Anzahl	5. v. H. d. Ga.	unbestimmt
1. Ostpreußen	9	11	18(11)	38	(11)	4,2	37	26	70	5	13	31	83	6	17	1
2. Westpreußen	2	1	2	5	—	0,55	5	3	60	1	20	4	80	1	20	—
3. a) Berlin	2 }7	7 }12	5 }8	14 }27	(1)	3	13 }25	9 }16	70	1 }2	7,7	18	72	3 }7	23 }28	1
3. b) Brandenburg	5 }	5(1) }	3 }	13 }			12 }	7 }	58	1 }	8,3			4 }	33,3 }	1
4. Pommern	2	3	11	16	—	1,8	16	11	68,6	4	25	15	94	1	6	—
5. Posen	3	1	1	5	—	0,55	5	3	60	—	—	3	60	2	40	—
6. Schlesien	10(2)	28(16)	17(6)	55	(24)	6	54	27	50	14	26	41	76	13	24	1
7. Sachsen	10(2)	7	6	23	(2)	2,5	23	12	52	7	30	19	82	4	18	—
8. Schleswig-Holstein	6	14	26	46	—	5,1	46	24	52	15	33	39	85	7	15	—
9. Hannover	5	31	7	43	—	4,8	42	18	43	14	33	32	76	10	24	1
10. Westfalen	4	6	7	17	—	1,9	16	8	50	5	31	13	81	3	19	1
11. Hessen-Nassau	7	52	7(2)	66	(2)	7,3	65	42	64,6	14	21,5	56	86	9	14	1
12. Rheinprovinz	9(2)	40	19(1)	68	(3)	7,5	66	29	44	22	33	51	77	15	23	2
	72(6)	208(17)	129(20)	409	(43)	45,4	400	219	55	103	26	322	80,5	78	19,5	9
								(von d. Unvermögenden)	65		35					
Anhang: Im Staate 1915/16: Die Aufnahmen in Privatanstalten in ( ).				65	(20)	32,5	65	29	45 56	23	35 44	52	80	13	20	—

Für 1906/14 ist das einzelne in Tab. V eingetragen.

Der Anteil der nicht Unvermögenden (5) ergibt, wenn man die wegen niedriger Gesamtzahl bedeutungsloseren Bezirke 2, 5 und 4 außer acht läßt, keine groben Unterschiede für die einzelnen Provinzen (14 bis 28 v. H.). —

Hervorzuheben ist, daß beim Unvermögen (Sp. 4) die Gutachten, die auf Geistes s c h w ä c h e i. S. des § 6 Z. 1 BGB. lauten, sich also für eine beschränkte Notwendigkeit der gesetzlichen Vertretung aussprechen, allgemein (und im Verhältnis vielfach übereinstimmend, 4 b Nr. 6 bis 12) so erheblich hinter der Annahme von Geisteskrankheit i. S. des § 6 Z. 1 zurückstehen (35 : 65) — obwohl zumeist Zweifel, ob Unvermögen vorliege, die Beobachtung veranlaßt haben werden.

b) D i e b e i d e n K r i e g s j a h r e 1915 u n d 1916 zeigen einen Nachlaß der Anstaltsaufnahmen, die im Durchschnitt der neun letzten Friedensjahre 45 betrugen. Es sind nur 25 (1915) und 40 (1916), zus. 65, also 32,5 = 70 v. H. der bisherigen jährlichen Aufnahmen gezählt (Anh. zu Tab. V). Der weibliche Anteil mit 21 von 65, rund 32 v. H. ist stärker als bisher (26 v. H.). Auffallend erhöht ist der Anteil der Privatanstalten: 20, der statt der 11 bis 12 v. H. in den Friedenszeiten sich auf über 30 v. H. der Aufnahmen erhebt. Er fällt beinahe ganz (18 Aufnahmen) auf die Rheinprovinz. Sie ist bei den Aufnahmen hervorragend (mit rund einem Drittel) beteiligt. Westpreußen, Posen, Hessen-Nassau fallen ganz aus. — Die Begutachtung in Privatanstalten hat, nur in einem Falle, nicht zur Annahme des Unvermögens § 6 Z. 1 geführt. Derart verneinende Gutachten (unbestimmte liegen nicht vor) sind im ganzen 13 abgegeben = 20 v. H., ähnlich dem Friedenssatze (19,5). Dagegen sind von den Unvermögenden 56 v. H., also weniger als früher (65 v. H.), wenn auch noch die Mehrheit, der Geistes k r a n k h e i t des § 6 Z. 1 zugewiesen.

Der Krieg hat somit — wie bezügl. des § 81 StPO., in den ersten zwei Jahren wesentlich die Anwendung der prozessualen Maßnahme beschränkt. Ob das, wie es für den Strafprozeß anzunehmen, einfach der Abnahme des Grundverfahrens zuzuschreiben ist, dem sie angehört, muß den Feststellungen nach Ablauf des Krieges überlassen bleiben.

Über die Einwirkung der Malaria auf die progressive Paralyse.

Von Prof. **Wagner v. Jauregg.**

(Schluß aus Nr. 21/22.)

1. F a l l. T. M., 37 Jahre, Schauspieler. Schon 1916 an der Klinik wegen gastrischen Krisen. Damals mit 3,0 Neosalvarsan und 0,85 Hg. salic. behandelt. Schon damals Verdacht auf Paralyse wegen Gedächtnisschwäche und epileptiformer Anfälle.

Am 24. Mai 1917 neuerliche Aufnahme; konnte wegen der Anfälle und wegen Gedächtnisschwäche seinen Beruf nicht mehr ausüben. Desorientiertheit, geringe Merkfähigkeit. Bebende Sprache. Pupillen ungleich, r. > l. die linke reagiert mangelhaft auf Licht. Patellar- und Achillessehnenreflexe fehlen. An der Klinik wiederholte epileptiforme Anfälle.

Am 14. Juni 1917 Malaria-Impfung (I). Erster Fieberanfall am 6. Juli. Nach neun Fieberanfällen wurde die Malaria kupiert. Seit dem sechsten Malariaanfall blieben die epileptiformen Anfälle dauernd aus.

Im Laufe der folgenden Monate allmähliche Besserung bis zum Schwinden aller Beschwerden. Pat., der bei seinem Eintritte an die Klinik berufsunfähig gewesen war, besserte sich so weit, daß er im Laufe des August bis November anläßlich von musikalisch-deklamatorischen Vorträgen, die für die Patienten der Kopfschußstation der Klinik allwöchentlich gegeben wurden, häufig als Deklamator, Coupletsänger auftreten konnte, mit Beherrschung eines großen Reportoirs, das er aus dem Gedächtnis mit einwandfreiem Vortrage zum Besten gab.

Wassermann im Serum vor und nach der Kur positiv. Wassermann im Liquor am 16. November schwach positiv; 1 Zelle im cmm; Nonne-A. schwach positiv.

Pat. wurde am 5. Dezember 1917 entlassen.

2. F a l l. B. F., 54 Jahre, Postbeamter. Seit einigen Wochen im Benehmen verändert, streitsüchtig, führt dumme Reden; vom Dienste suspendiert wegen Entwendungen von Lebensmitteln.

Bei der Aufnahme schwerfällig im Denken, benommen, ohne Krankheitseinsicht. Silbenstolpern. Pupillen gleich; die linke reagiert mangelhaft auf Licht. Patellarreflexe erhalten. Ungeschickt in Bewegungen.

Im weiteren Verlaufe benommen; stiehlt fortwährend den anderen Kranken Eßwaren.

Am 14. Juni Malaria-Impfung (I). Am 2. Juli epileptiformer Anfall. Am 3. Juli erster Fieberanfall. Die ersten vier Anfälle im Tertiantypus, die späteren quotidian. Am 16. Juli Selbstmordversuch durch Erhängen, der schwachsinnig motiviert wird.

Am 22. Juli Tod im epileptiformen Anfall.

Wassermann im Serum am 14. Juni positiv, am 17. Juli schwach positiv.

3. Fall. D. F., 34 Jahre, Straßenbahnschaffner; seit 1915 zum Militär eingerückt. War einige Zeit an der italienischen Front, soll dort eine Lawinenverschüttung durchgemacht haben. Mitte 1916 kam er wegen Krankheit zurück, hatte dann einen Hinterlandsdienst. Seit Anfang 1917 bemerkte seine Frau, daß seine Schrift unleserlich wurde. Wurde am 11. Juni wegen angeblicher traumatischer Neurose der Klinik zugewiesen.

Bei der Aufnahme desorientiert, in seinen Angaben verworren; macht grobe Rechenfehler. Entweicht mehrmals von der offenen Abteilung und geht nach Hause; dort machte er seiner Gattin einen verblödeten Eindruck. Mußte darum auf die gesperrte Abteilung versetzt werden.

Deutliches Silbenstolpern. Pupillen ungleich, r. > l.; sie reagieren unausgiebig auf Licht, besonders die rechte. Patellar- und Achillessehnenreflexe lebhaft.

Am 26. Juni 1917 Malaria-Impfung (I). Nachdem Pat. schon vom dritten Tage an häufig Temperatursteigerungen bis 38,0 Grad hatte, bekam er am 16. Juli den ersten Malariaanfall. Er hatte bis zum 29. Juli neun Fieberanfälle, dann trat eine Pause ein, auf die am 8. und 10. August noch zwei schwache Anfälle folgten. Am 17. Aug. wurde mit der Behandlung der Malaria begonnen.

Schon im Inkubationsstadium wurde Pat. erregt und verwirrt, wollte sich nachts anziehen und fortgehen, äußerte hypochondrische Ideen, weinte wie ein Kind.

Bald nach Beendigung der Behandlung wurde Pat. wieder klar und geordnet, bekam Krankheitseinsicht, erzählte, was er zu Hause für Unsinn gemacht habe. Er war aber noch pessimistisch, rührselig; in geistigen Leistungen (Schreiben, Rechnen) ganz unzulänglich.

Die Besserung ging sehr langsam vorwärts. Immerhin konnte man ihm im Oktober schon Ausgänge ohne Begleitung bewilligen.

Im Dezember wurde eine Behandlung mit polyvalenter Staphylokokkenvakzine durchgeführt.

Sein Zustand besserte sich weiterhin langsam, aber ständig; er fing an, sich bei allen Arbeiten an der Klinik mit Verständnis und Geschick zu beteiligen; auch die Intelligenzleistungen besserten sich.

Am 18. Juli 1918 wurde er endlich über sein eigenes Verlangen als zum Hilfsdienst ohne Waffe geeignet seinem Regimente übergeben.

Wassermann im Serum am 19. Juni und 1. November 1917 positiv. Lumbalpunktion am 29. Oktober 1917. Wassermann im Liquor positiv; 13 Zellen im cmm; Nonne-A. positiv bei dreifacher Verdünnung. Lumbalpunktion am 15. Juli 1918. Wassermann im Liquor mittelstark positiv; 8 Zellen im cmm; Nonne-A. positiv bei vierfacher Verdünnung. Wassermann im Serum am 16. Juli 1918 negativ.

4. Fall. A. T., 36 Jahre, Soldat; spricht nur italienisch. Er wurde am 29. Juni 1917 von einer militärischen Nervenstation mit der Diagnose progressive Paralyse der Klinik zutransferiert.

Bei der Aufnahme ganz desorientiert, dement; weiß z. B. vom Krieg und seinen Kriegserlebnissen kaum etwas anzugeben.

Deutliches Silbenstolpern. Pupillen ungleich, l. > r., auf Licht nicht reagierend. Patellar- und Achillessehnenreflexe r. > l., klonisch. Beiderseits Babinsky positiv. Ab und zu leichteste Jackson-Anfälle im linken Arm.

Am 2. Juli 1917 Malaria-Impfung (I.) Am 15. und 17. Juli Temperatursteigerungen. Am 19. Juli erster Fieberanfall. Am 28. Juli wurde nach sieben Malariaanfällen mit der Chininbehandlung begonnen.

Pat. geriet nachher in einen dement-manischen Zustand mit Größenwahnideen und Sammeltrieb. Die Sprachstörung besserte sich. Eine Staphylokokkenkur besserte an dem Zustande nichts.

Er wurde am 12. Dezember 1917 an eine Irrenanstalt abgegeben; der dement-euphorische Zustand dauerte nach Bericht im Mai 1918 noch an.

Wassermann im Serum vor und nach der Behandlung schwach positiv. Wassermann im Liquor am 14. Dezember 1917 positiv. 4 Zellen im cmm. Nonne-Apelt schwach positiv (in fünffacher Verdünnung). Gesamteiweiß 0,5 v. T.

5. Fall. A. Sch., Feldwebel, 29 Jahre, kam zum erstenmale am 4. Juli 1915 an die Klinik in einem manischen Stadium der progressiven Paralyse. Pat. ist sehr redselig, optimistisch, zeigt gesteigertes Selbstbewußtsein, macht ausschweifende Zukunftspläne; heiter, überschwänglich in seinen Reden, zudringlich. Keine ausgesprochene Intelligenzstörung, keine Sprachstörung.

Pupillen r. > l., die rechte gut, die linke mangelhaft auf Licht reagierend. Patellar- und Achillessehnenreflexe lebhaft, r. = l. Wassermann im Serum positiv.

Im Laufe einer Quecksilber-Tuberkulinkur klang die manische Erregung allmählich ab; die Wassermannsche Reaktion im Serum wurde negativ.

Pat. wurde am 15. September 1915 als zu leichtem Dienst geeignet wieder seinem Truppenkörper übergeben. Da er aber infolge der im Garnisonspitale gestellten Diagnose progressive Paralyse aus dem Heeresverbande entlassen wurde, trat er in Zivildienste ein und versah eine Stelle als Beamter einer Aktiengesellschaft bis zum Juni 1917, also durch mehr als anderthalb Jahre.

Am 7. Juli 1917 wurde er wieder der Klinik zugeführt, weil er sich seit 14 Tagen auffällig benimmt, Geld verschwendet, im Wagen herumfährt, viel und laut redet, reizbar und gewalttätig wird.

Er erscheint an der Klinik in einer phantastischen Uniform mit Burenhut, ist heiter, gehobenen Selbstgefühls, voll von Zukunftsplänen. Keine ausgesprochenen Intelligenzdefekte. Keine Sprachstörung.

Pupillen r < l.; die linke lichtstarr, die rechte reagiert spurenweise. Sehnenreflexe normal. Wassermann im Serum positiv.

Am 9. Juli 1917 Malaria-Impfung (II. von Fall Nr. 2). Von 17. Juli an Temperatursteigerungen bis 38,2. Am 20. Juli erster Malariaanfall. Bis 12. August 18 Malariaanfälle; die ersten vier im Tertianaintervall, die späteren meistens quotidian. Vom 13. August ab Chinin und Neosalvarsan.

Wassermann im Serum am 17. September negativ.

Die manische Erregung des Pat. hielt an; räsonierend; bestiehlt die anderen Patienten. Im Oktober Staphylokokkenkur.

Im November war die manische Erregung vollkommen abgeklungen. Krankheitseinsicht, kein Intelligenzdefekt. Beide Pupillen lichtstarr.

Pat. wurde am 20. November 1917 entlassen und nahm seine Beschäftigung bei der Aktiengesellschaft wieder auf.

Lumbalpunktion am 28. Oktober: 8 Zellen im cmm. Nonne-Apelt + bei vierfacher Verdünnung.

Die Remission dauerte aber in diesem Falle nur kurze Zeit. Am 15. Mai 1918 wurde er in einem schweren stuporösen Zustande der Klinik zugeführt, der gegenwärtig wieder im Abklingen ist.

6. Fall. F. B., 39 Jahre, Privatbeamter, kam am 13. Juli 1917 an die Klinik. Laut Anamnese seit längerer Zeit sehr reizbar. Anfangs Juli Auftreten eines manischen Erregungszustandes mit Größenwahn. Pat. erzählt von angeblichen Millionengeschäften, macht unsinnige Einkäufe und Schulden, fängt an Operetten und Dramen zu schreiben; undurchführbare Heiratsprojekte, Verstöße gegen die Sittlichkeit.

An der Klinik in starker manischer Erregung, so daß er auf der ruhigen Abteilung nicht haltbar ist. Die Größenwahnideen werden immer unsinniger. Fehler beim Rechnen und Schreiben. Deutliche Intelligenzdefekte, Störung der Merkfähigkeit, keine Sprachstörung.

Pupillen gleich; die linke auf Licht schwach, die rechte gar nicht reagierend. Patellarreflexe vorhanden, gleich. Achillessehnenreflexe kaum auslösbar. Wassermann im Serum positiv.

Am 15. Juli 1917 Malaria-Impfung (II. von Fall Nr. 1). Am 27. Juli ohne Prodromalfieber der erste Malariaanfall. Von da zehn Anfälle im Tertianaintervall. Mehrere Anfälle zeichneten sich durch besonders lange Dauer, über zwölf Stunden, aus. Vom 14. August an Chinin und später Salvarsan.

Nach Beendigung der Kur dauerte der manische Zustand noch an, doch in gemäßigtem Grade, so daß Pat. auf einer ruhigen Abteilung gehalten werden konnte. Die Pupillen reagierten schon Mitte August beiderseits prompt auf Licht.

Ende September korrigierte Patient seine Größenwahnideen schon größtenteils. Er war in seinem Benehmen vollkommen geordnet und zeigte keine Intelligenzdefekte mehr. Am 24. November 1917 wurde er bei voller Krankheitseinsicht entlassen. Eine geistige Störung war nicht mehr nachweisbar.

Liquorbefund am 26. Oktober 1917: Wassermann positiv. 6 Zellen im cmm. Nonne-Apelt positiv bei sechsfacher Verdünnung.

Pat. hat bald nach seiner Entlassung seine Berufstätigkeit wieder aufgenommen und betreibt sie auch jetzt noch mit Erfolg. Da die Wassermannsche Reaktion im Serum am 15. April 1918 mittelschwach positiv war, wurde im Mai eine Neosalvarsankur gemacht in den Dosen 0,3, 0,45, dreimal 0,6.

7. Fall. J. Sch., 44 Jahre, Schauspieler. Kam als zugereist und unterstandslos in das Rudolfspital in Wien, wo seine Krankheit als progressive Paralyse erkannt und ein Behandlungsversuch (viermal 0,3 Neosalvarsan) gemacht wurde. Da er aber durch Erregungszustände dort nicht haltbar war, wurde er am 21. Juli 1917 der psychiatrischen Klinik überwiesen.

An der psychiatrischen Klinik in einer leichten manischen Erregung, ohne ausgesprochene Größenwahnideen. Deutliche Zeichen von Demenz; Fehler im Schreiben und Rechnen; Störung der Merkfähigkeit. Deutliche Dysarthrie.

Pupillen in geringem Grade ungleich, l. > r., reagieren gut auf Licht. Patellar- und Achillessehnenreflexe auslösbar, r. = l. Bewegungen etwas ungeschickt. Wassermann im Serum positiv.

Am 27. Juli 1917 Malaria-Impfung (II. von Fall Nr. 3).

Am 29. Juli geringe Temperatursteigerung; paralytischer Anfall in Form rasch vorübergehender aphasischer Störung. Auch am 31. Juli und 6. und 8. August geringe Temperatursteigerung (bis 37,8). Am 10. August erster Malariaanfall, dem die weiteren Anfälle sofort im Quotidiantypus folgten, und zwar mit sehr schwerem Charakter (Temperatur bis 41,5), so daß Pat. rasch herabkam. Es wurde deshalb schon am 15. August, nach dem sechsten Anfalle, die Behandlung mit Chinin und Salvarsan eingeleitet.

Der Pat. blieb nach der Behandlung in einem euphorischen Zustand bei beginnender Demenz ohne Krankheitseinsicht. Auch ein geringer Grad von Sprachstörung blieb bestehen.

Im weiteren Verlaufe besserte sich die Intelligenz des Kranken etwas, er wurde ruhiger und geordneter, so daß versucht wurde, ihm freie Ausgänge zu bewilligen, bei denen er sich eine Beschäftigung suchen wollte. Es stellte sich aber heraus, daß er die Freiheit nur benutzt hatte, um Bekannte und Fremde anzupumpen, so daß die Ausgänge wieder eingestellt werden mußten. Pat. wurde schließlich am 3. Mai der Irrenanstalt Steinhof übergeben.

Am 24. November 1917 und 14. Januar 1918 wurde die Lumbalpunktion ausgeführt. Wassermann im Liquor beide Male positiv, Zellen im cmm zuerst 31, dann 76; Nonne-Apelt positiv bei achtfacher, später bei zehnfacher Verdünnung. Wassermannsche Reaktion im Serum nach der Behandlung mittelstark positiv.

8. Fall. L. S., 45 Jahre, Platzmeister bei der Bahn. Aufgenommen am 10. August 1917. Laut Anamnese seit sechs Wochen verloren, macht unnütze Einkäufe, vernachlässigt sich, macht Fehler im Dienste.

Bei der Aufnahme teilweises Krankheitsbewußtsein; bringt nervöse Störungen mit einem angeblichen Eisenbahnunfall in Verbindung. Ziemlich teilnahmslos. Macht grobe Rechenfehler. Andeutung von Silbenstolpern.

Pupillen ungleich, l. > r., reagieren weder auf Licht noch auf Akkomodation. Patellarreflexe vorhanden, r. = l. Wassermann im Serum schwach positiv.

Am 13. August 1917 Malaria-Infektion (III. von Fall 6). Schon am 15. und 20. August Fieber, bis 37,8. Erster

Malariaanfall am 21. August. Bis zum 29. August täglich ein Anfall mit Ausnahme des 24. August. Zuletzt fast kontinuierliches Fieber. Vom 29. August an Chinin und Salvarsan.

Nach Ablauf des Fiebers euphorisch, ohne Krankheitseinsicht; vom 12. September an manischer Erregungszustand mit dementen Größenwahnideen. Silbenstolpern hat aufgehört. Im Laufe des Oktober blaßten die Größenwahnideen ab, doch blieb Pat. leicht manisch, vielgeschäftig, kauflustig. Im November Staphylokokkenkur.

Allmähliche Besserung, so daß Pat. am 26. Januar versuchsweise in häusliche Pflege gegeben werden konnte. Doch wurde er schon am nächsten Tage zurückgebracht, da er trank und Habseligkeiten von zu Hause verschleppte. Ebenso mißlang ein zweiter Versuch.

Erst im Laufe des Monats April wurde Pat. geordnet, einsichtiger, so daß er endlich am 10. Mai 1918 definitiv entlassen werden konnte.

Lumbalpunktion am 3. Januar 1918. Wassermann im Liquor positiv. 14 Zellen im cmm. Nonne-Apelt positiv bei zehnfacher Verdünnung.

9. Fall. F. R., 34 Jahre, Bedienerin. Kam am 9. August 1917 an die Klinik. Seit einem Monate zerstreut, vergeßlich, macht allerlei verkehrte Sachen. Nächtliche Kopfschmerzen. Seit einer Woche heiter verstimmt, verschenkt ihre Habseligkeiten, macht Schulden und unsinnige Einkäufe, glaubt viel Geld zu haben, irrt in den Straßen umher, fängt zu trinken an.

An der Klinik heiter verstimmt; blühender Größenwahn.

Bei Probeworten Silbenstolpern. Pupillen gleich, reagieren auf Licht. Patellar- und Achillessehnenreflexe lebhaft. Wassermann im Serum positiv.

Am 13. August 1917 Malaria-Infektion (III. von Fall 6). Schon vom 14. August ab leichte Fieberbewegungen, bis 37,6. Am 24. August erster Malariaanfall. Vom 24. August bis 2. September sieben Anfälle. Vom 1. September an Chinin und Salvarsan.

Mitte September noch euphorisch, korrigiert aber bereits ihre Größenwahnideen. Im Laufe des Oktober wurde Pat. vollkommen geordnet und krankheitseinsichtig. Keine Sprachstörung mehr. Konnte am 18. Oktober 1917 berufsfähig entlassen werden.

Pat. stellte sich wiederholt an der Klinik vor, wobei man sich von der Andauer der Remission und Berufsfähigkeit überzeugen konnte.

Lumbalpunktion am 4. März 1918. Wassermann im Liquor positiv. 133 Zellen im cmm. Nonne-Apelt positiv bei achtfacher Verdünnung.

Mit Rücksicht auf diesen Befund wurde der Patientin empfohlen, noch eine Neosalvarsankur durchzumachen, die im April bis Mai 1918 ausgeführt wurde (0,3, siebenmal 0,45). Der psychische Zustand blieb während und nach der Kur ein andauernd günstiger.

Seit der Mitteilung dieser Versuche in der Psychiatr.-neurol. Wochenschrift vom 3. August 1918 sind nun über drei der beschriebenen Fälle Nachrichten eingegangen, welche zeigen, daß die eingetretenen Besserungen in diesen Fällen vorübergehender Natur waren.

Fall 1 wurde im August an der psychiatrischen Universitätsklinik in Frankfurt a. M. aufgenommen. Laut Bericht war bei ihm ein schwerer Rückfall mit Krampfanfällen und völliger Verwirrtheit und großer Erregung aufgetreten. Zurzeit ist er wieder etwas ruhiger, macht aber einen deutlich blöden Eindruck.

Über Fall 8 wurde in Erfahrung gebracht, daß er sich am 14. August 1918 erschossen hat. Es dürfte also wohl bei ihm ein Rückfall in Form eines Depressionszustandes eingetreten sein.

Fall 9 kam am 7. September 1918 neuerdings zur Aufnahme an die psychiatrische Klinik. Sie befand sich in einem manischen Erregungszustand mit ideenflüchtiger Verwirrtheit, ohne Größenwahn.

Wir hatten also unter unseren neun Fällen vier, in denen nach der Behandlung eine volle, bis zur Wiedererlangung der Berufsfähigkeit gehende Remission eintrat (Fall 1, 5, 6, 9), während in zwei weiteren (Fall 3 und 8) die Besserung soweit ging, daß wenigstens wieder eine selbständige Lebensführung außerhalb einer Anstalt möglich wurde.

Und wenn diese Remissionen auch nur in zwei Fällen (3 und 6) sich als bisher dauernd erwiesen, war doch ihre Vollständigkeit und vielmonatige Dauer in Fall 1 und 9 bemerkenswert.

Ich möchte darum weitere Versuche dieser Art für empfehlenswert halten und erwarten, daß die Erfolge noch vollständiger sein würden, wenn mit der Malaria-Therapie eine ausgiebige spezifische Behandlung, die in den berichteten Fällen unterblieb, verbunden würde. Denn daß die drei Neosalvarsaninjektionen, die in meinen Fällen zur Kupierung der Malaria gegeben wurden, nicht die Bedeutung einer ausgiebigen spezifischen Behandlung beanspruchen können, ist klar, wenn man die Erfahrungen zu Rate zieht, die sonst bei der Behandlung der progressiven Paralyse mit Salvarsan gemacht werden.

Die Durchführung von solchen Malariabehandlungen ist besonders dort unbedenklich, wo Anophelesmücken nicht vorkommen und daher die Gefahr ausgeschlossen ist, daß von einem solchen künstlich malariakrank gemachten Menschen die Krankheit durch Mückenstich auf andere Personen übertragen werden könnte.

Zum Schlusse noch ein Wort über den Einfluß der geschilderten Behandlung auf die Reaktionen im Serum und Liquor. Dieser Einfluß erschien besonders in bezug auf die Pleozytose als ein günstiger, so in den Fällen 1, 3, 4, 6, 8 (1, 8 resp. 13, 4, 6, 14 Zellen im Kubikmillimeter); auch die Globulinreaktion war in der Mehrzahl der Fälle auffallend

schwach, während die Wassermannsche Reaktion im Liquor in allen Fällen positiv blieb, nur in einem mit dem Beisatze „schwach" positiv. Auch die Wassermannsche Reaktion im Serum wurde nur in zwei Fällen negativ. Daß aber der Grad der Beeinflussung von Serum und Liquor mit dem Grade der Besserung der Krankheitserscheinungen parallel gehen würde, konnte ich nicht beobachten; so hatte Fall 4, der am ungünstigsten verlief, eine mittelstarke Wassermannsche Reaktion im Serum und einen günstigen Liquorbefund, während Fall 9, der eine viele Monate dauernde glänzende Remission aufwies, recht ausgesprochene Serum- und Liquorreaktionen zeigte. Diese mangelnde Übereinstimmung zwischen klinischem und Serum-Liquorbefund konnte ich auch bei den Remissionen der mit Tuberkulin behandelten Paralytiker feststellen (Therap. Monatshefte 1914 Jahrg. XXVIII). Bei jahrelanger Dauer der Remission ändert sich das allerdings; dann werden alle diese Reaktionen ganz oder fast ganz negativ.

Referate.

— **Über Aggravation und Simulation.** Von Henneberg. Neurol. Ztrbl. 1917 S. 765.

Die zur Beobachtung auf Simulation in das Lazarett eingewiesenen Kranken erwiesen sich als gewöhnliche unwillige aggravierende Hysteriker. Reine Simulation war selten. Henneberg sah einzelne Fälle; diese betrafen leicht debile, jugendliche Leute. Es kam auch zielbewußtes Festhalten von ihrem Wesen nach vorübergehenden Sprach-, Haltungs- und Gehstörungen vor. Der Nachweis von Simulation hysterischer Anfälle sei kaum zu erbringen. In einem Lazarett wurde eine im ganzen durchaus zweckentsprechende schriftliche Anleitung zum Simulieren epileptischer Anfälle gefunden. [Hirschfeld (ebenda) hat wiederholt Vortäuschung von Taubheit und Zittern festgestellt, Singer bei drei Fällen Simulation von Taubstummheit.]

— **Untersuchungen über die Fermente der Zerebrospinalflüssigkeit des Menschen.** Von E. Leschke und Pinkussohn. D. m. W. 1917 Nr. 1.

Glykolytisches Ferment wurde im Liquor von Gesunden wie Kranken festgestellt; es hält sich jedoch nur zwei Tage nach der Punktion. In vier Fällen von Dia-

betes fehlte es. Diastatisches Ferment wurde in allen Fällen, jedoch meist nur in geringer Menge, nachgewiesen. — In den 3 diesbezüglichen Fällen wurde Übertritt von Abwehrfermenten aus dem Blut in den Liquor bei Schwangeren nicht festgestellt. Dies spricht — meinen L. und P. — gegen die Lymph- oder Transsudatnatur des Liquors und für seine Entstehung durch spezifische Sekretion. B.

Buchbesprechungen.

— Becker, Dr. Rafael, Assistenzarzt am Nervensanatorium Friedheim in Zihlschlacht, Schweiz: Die jüdische Nervosität, ihre Art, Entstehung und Bekämpfung. Nach einem Vortrag im Akademischen Zionisten-Verein „Hechawer" am 4. März 1918 in Zürich. Zürich 1918, Speidel & Wurzel. Preis 1,00 Fr.

Ursache angeblich unnormale rechtliche Lage der Juden unter anderen Völkern und daraus entstehende

seelische Konflikte, Bevorzugung der für die Nerven schädlichen Berufe, durch Bevorzugung dieser Berufe bedingtes anormales geschlechtliches Leben der Juden. Abhilfe: im zionistischen Sinne durch Schaffung eigenen Heims und Landes. B.

— Teleky, L., Wien: Aufgaben und Probleme der sozialen Fürsorge und der Volksgesundheitspflege bei Kriegsende. 168 Seiten. Wien und Leipzig 1917, W. Braumüller. 2,00 M.

Diese breit angelegte und tief ins einzelne gehende, auch auf reichsdeutsche Verhältnisse Bezug nehmende fleißige Studie befaßt sich nach allgemeiner Einleitung mit Invalidenversorgung, Hinterbliebenenversorgung, Tuberkulosebekämpfung, Bekämpfung der Geschlechtsseuchen und der Alkoholseuche, der Ausbildung für die soziale Fürsorge u. a. Das Buch verdient weiteste Beachtung; durch den ungewöhnlich und erfreulich niedrigen Preis wird das ungemein erleichtert. B.

— Gruhle, H. W., Heidelberg: Psychiatrie für Ärzte. 296 S. Mit 23 Abbildungen. Berlin 1918, J. Springer. Preis 12,00 M.

Den zahlreich vorhandenen psychiatrischen Lehrbüchern — kein anderes Spezialfach vermag sich einer so großen Zahl zu rühmen — reiht sich obiges würdig an. Nach Stil und Stoff verdient es empfohlen zu werden. Der allgemeine Teil und Teil III „Abnorme Persönlichkeiten" sind mit Recht ausführlich gehalten. Halluzinatorisches Irresein und Paranoia werden nicht als selbständige Krankheitsbilder behandelt. B.

Personalnachrichten.

— **Staatskrankenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg.** Dr. Albrecht Langelüddeke, geb. 26. Oktober 1889 zu Heinade, Krs. Holzminden, ist als Volontärarzt in die hiesige Anstalt eingetreten.

— **Konstanz.** Dr. Hans Roemer von der Heil- und Pflegeanstalt Illenau an die Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz versetzt unter gleichzeitiger Ernennung zum Chefarzt des Res.-Lazarettes Reichenau a. B.

Willkommen in der Heimat! Das ist gegenwärtig der alles beherrschende Ruf aus Millionen von menschlichen Kehlen, und wehende Fahnen und festlicher Schmuck sind weithin sichtbar die äußeren Zeichen dankbaren Gedenkens. Freude und Jubel aber erwarten den tapferen Krieger in seinem Heim mit all den halb vergessenen und doch wieder so vertrauten großen und kleinen Dingen, die gleich guten und treuen Hausgeistern freundlich aus allen Ecken lugen und sich in das Herz des Heimgekehrten hineinlächeln. Und zu diesen guten und treuen Hausgeistern mit ihrem ewig jungen Gesicht und ihrem heiteren Gewande gehören auch die Meggendorfer-Blätter. Gar manche frohe Stunde haben sie draußen nach schweren Gefahren und Mühen unseren verdienten Feldgrauen gebracht, haben ihn mit ihrem gemütvollen Humor, ihrer launigen Erzählerkunst, ihrer tiefempfundenen Lyrik und ihren gefälligen Bildern erfreut und unterhalten und gezeigt, daß das Leben niemals so grau ist, um nicht auch dem Frohsinn sein vollberechtigtes Plätzchen zu gönnen. Diesen Grundsatz wollen die Meggendorfer-Blätter auch fernerhin unentwegt hochhalten. Sie fahren, wie die neuesten Nummern beweisen, fort, Kunst und Humor in zeitgemäßer Form zu pflegen und werden sich solchergestalt fortgesetzt die Sympathien aller Freunde der ideellen Güter der Menschheit erwerben und erhalten. Am besten sichert man sie sich durch regelmäßigen Bezug, den man durch jedes Postamt, jede Buchhandlung und alle Zeitungsgeschäfte zum Preise von 4,— M. ohne Porto für das Vierteljahr bewirken kann. Vom Verlag der Meggendorfer-Blätter, München, Perusastr. 5 direkt bezogen kostet das Vierteljahr 4,50 M. einschließlich Porto.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. Nr. 41/42. 1918/19.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 41/42. 18. Januar **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 60 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Aus der Nervenstation in Pardubitz (Böhmen)

Über Kriegslumbago.

Von Dr. **Julius Flesch,** Wien, em. polikl. Assistent.

Wie in der Friedensneurologie die Klage über Kopfschmerzen, so ist in der Kriegsneurologie der Kreuzschmerz nahezu das häufigste, meistdeutige subjektive Krankheitszeichen. Wir sehen Kreuzschmerzen sowohl im Anschlusse an direkte Wirbeltraumen, an Erschütterungen, Verschüttungen, Schußverletzungen, Steinschlag der Becken- und Kreuzgegend, Fall auf das Gesäß oder auf den Rücken, als auch nach Erschöpfung, Übermüdung, Durchnässung und Erfrierung auftreten. Wohl findet man mit Hilfe der Röntgenaufnahme relativ häufig knöcherne Veränderungen an den Wirbelgelenken, doch läßt dies bloß die Diagnose der sogenannten Spondylarthritis deformans und ankylopoetica (Bechterew, Marie), von Abriß- und Kompressionsfraktur der Wirbel zu, während frische periartikuläre, exsudative Muskel-, Sehnen- und Bänderprozesse daraus allein nicht diagnostiziert werden können. Wir sind daher hauptsächlich auf klinische Merkmale angewiesen, wie sie sich durch Palpation, Perkussion, Inspektion, aus der Beachtung der Abweichungen von den physiologischen Gesetzen der Statik, Muskel- und Gelenkmechanik ergeben.

Man muß sich dabei die Grundgesetze der physiologischen Mechanik vor Augen halten, wie sie von Duchenne aufgestellt und insbesondere durch die Untersuchungen von Zuckerkandl und Erben (1894) gefördert wurden. Nur unter strenger Berücksichtigung der physiologischen Verhältnisse wird uns eine Objektivierung der subjektiven Beschwerden oder die Erkennung einer Aggravation respektive Simulation gelingen. In Erbens Studie über Muskelrheumatismus (1898) finden sich die klinischen Merkmale des Kreuzschmerzes, wie er sich unter dem Bilde der Lumbago präsentiert, den Erben gegenüber der myogenen Genese anderer Autoren zuerst arthrogenen Ursprunges erkannte. Die typischen Krankheitsbilder der Lumbago, Ischias peripherica und der diffusen Wurzelalgien, der Muskelrheumatismen der Hüfte und der Wirbelsäule, wie sie sich in Friedenszeiten präsentieren, sind jedoch von denen der Kriegsteilnehmer verschieden, sowohl in ätiologischer als auch in symptomatologischer Beziehung. In ätiologischer Hinsicht konkurrieren a) das direkte oder indirekte Trauma, die Kälte- und Nässeschädigung, das fraktionierte chronische Trauma resp. die Ermüdung, b) die assoziative oder affektive psychische Fixation, c) das zweckdienliche Moment der Aggravation.

Nach meiner Erfahrung steht der Kälte- und Nässefaktor obenan. Am schlimmsten geht es jenen Kranken, wo beide ineinander greifen, wenn z. B. nach stundenlangem Aufenthalt in Sumpf- oder anderen Gewässern die nasse Kleidung an den Leib anfriert, oder wenn der im Schlafe Durchnäßte infolge Frostwetters erstarrt. Das gibt die schwersten polyneuritischen Krankheitsbilder kombiniert mit periarthritischer Wirbelsteifigkeit und funktioneller Gangstörung mit Tremor. Weniger hartnäckig sind die direkten Wirbeltraumen mit lokalen Veränderungen leichter Natur, die auf physikalische Maßnahmen in der Regel bald zur Besserung bzw. Heilung gelangen. Eine Mittelstellung nehmen die Zustandsbilder nach Granaterschütterung und Granatfernwirkung ein, wo in der Regel funktionelles Zittern überwiegt, und lokale Kreuz- und

Wirbelsymptome nur sekundär auftreten resp. im Liegen zumeist verschwinden. Bei der letzteren Gruppe ist die Druckempfindlichkeit meist diffus und das ganze ähnelt dem Bilde der Rhachialgie, dem sogen. Railway-spine, der Commotio spinalis mit ihren zentralen und exzentrischen Schmerzen.

Ich will auch von der Gruppe der direkten Traumen absehen, die durch nachweisbare Geschoßverletzung, streng lokalisierte Druckempfindlichkeit. umschriebene Wirbelsteifigkeit mit oder ohne Prominenz und durch den positiven Röntgenbefund zur Genüge charakterisiert sind. Es soll hier bloß von den infolge Durchnässung, Erfrierung, Übermüdung und stumpfer Lenden-Kreuztraumen entstandenen klinischen Bildern die Rede sein. Mir scheint als ob die Erfrierung oder besser gesagt die anhaltende Entwärmung als ätiologischer Faktor noch nicht gebührend eingeschätzt würde. Vielleicht liegt dies an dem Umstande, daß der biomechanische Vorgang beim lokalen Erfrieren nicht allgemein gekannt und akzeptiert ist. Wir können bekanntlich durch Wärmeentziehung den elektrochemischen Betrieb einer beliebigen Hirnrindenpartie vorübergehend oder dauernd ausschalten. In ersterem Fall schädigen wir bloß „funktionell" das Zellpotential der Rindenzelle — im Sinne von Hirth eine bedingt reversible Betriebs- oder Zellpotentialstörung —, im letzteren Falle schädigen wir jedoch auch schon die Zellstruktur — eine irreversible, irreparable, organische Veränderung. In derselben Weise müssen wir die Kältewirkung resp. Entwärmung auf die Peripherie auffassen. Wir können durch rasche Vereisung der Hautoberfläche das elektrothermische Zellpotential vorübergehend lähmen, durch subkutane, intravenöse (Oberst) Injektionen den elektrochemischen Betrieb der Zellen stören (Gewebsanästhesie), aber auch durch Stoffwechselgifte die Gewebszellen mehr oder minder dauernd schädigen (absoluter Alkohol, Chloroform, Benzin, Sublimat usw.). Der Zellbetrieb ist gegen langdauernde Entwärmung viel empfindlicher als gegen einmalige kurzdauernde Erfrierung. Man kann den physiologischen Effekt einer Wärmeentziehung in die Formel fassen $Ef. = \frac{J \cdot t}{C}$, wobei J = Intensität der Kälteeinwirkung = Kältetemperatur, t = die Dauer der Einwirkung und C = das konstitutionelle Moment, d. h. die jeweilige Beschaffenheit des Zellturgors oder des Zellstoffwechsels darstellt. Zu den das letztere Moment beeinflussenden Faktoren gehört der momentane Ermüdungszustand, der Tonus der Gewebe, der Ernährungszustand und die seelische Beschaffenheit des Individuums.

In der Tat sind kräftige, gut genährte, gut ausgeruhte Menschen gegen Kälte viel weniger empfindlich als müde, hungernde, anämische oder kachektische Menschen.

Von diesen Gesichtspunkten müssen wir auch die Durchnässungs-, Erkältungs-, Erfrierungskrankheiten der Kriegsteilnehmer beurteilen. In der ersten Zeit (1914-15) bekamen wir meist Abfrierungen infolge intensiver Kältetemperaturen zu sehen; später sahen wir auffallend viel Tibialgien mit angiospastischen und trophödematösen Zuständen, des weiteren Ischialgien, Wurzelneuritiden, Wirbelrheumatismen, Versteifungen und allgemeines Extremitätenzittern. Diese Erscheinungsformen sind durch den Faktor t und C bedingt, es sind chronische Kältetraumen auf übermüdete, minderernährte und neurotische Individuen.

Sonderbarerweise schließen Myoclonia trepidans und Ischias oder Wirbelrheumatismen einander aus, bestenfalls zittern bloß die Unterschenkel, nicht aber die Becken- oder Rumpfmuskeln. Ob dies aus Utilitätsgründen zu erklären, wage ich nicht zu behaupten. Bekannt ist ja das Fehlen von Neurosenerscheinungen bei schweren Knochen- oder Weichteilverletzungen. Gesetzmäßig scheint mir auch das Fehlen von Myoklonie bei funktionellem Mutismus und Aphonie zu sein.

Hinsichtlich der Symptomatologie der Kreuzschmerzen selbst kann man drei Gruppen von Erscheinungen auseinanderhalten: 1. die Druckempfindlichkeit, 2. reflektorische Spasmen, 3. Beweglichkeitsbeschränkung der Wirbelsäule.

Hinsichtlich der Druckempfindlichkeit möchte ich zunächst auf die Frage der Becken-Kreuzperkussion verweisen, welche ich als erster auf dem Internationalen Naturforscherkongreß in Budapest empfahl. Ich hatte damals darauf hingewiesen, daß im Gegensatze zur Darmbein- und Kreuzbeinregion die dazwischen liegende Parasakralgegend — zwischen Kreuzbein und Incisura ischiadica major resp. minor — ausgesprochen tympanitischen Schall gibt, und daß alle raumbeengenden Prozesse fester oder flüssiger Art den Perkussionsschall im Foramen ischiadicum dämpfen müssen, während normalerweise lufthaltige Därme durch die Pyriformes tympanitisch klingen. Handelt es sich um eine perineuritische Erkrankung, dann schallt das Foramen wohl tympanitisch, jedoch es tritt während der Perkussion deutliche Défense musculaire der darüber liegenden Glutäi ein. Fehlt dieses Symptom, ist auch zugleich das Lasegue- oder v. Wagners Zeichen negativ bei normalem Achillesreflex, dann dürfen wir eine essentielle Ischias füglich ausschließen.

Nun wenden wir uns der Abtastung des Beckens zu. Da ist es in erster Linie der von Erben sogenannte Klunialpunkt am Austrittspunkte des Ramus lateralis vom zweiten und dirtten Lumbalnerven, etwa handbreit von der Mittellinie knapp unterhalb des Darmbeinkammes, der bei der sogen. Lumbago resp. bei rheumatischer oder traumatischer Erkrankung der Gelenksbänder an den unteren Lendenwirbelgelenken in typischer Weise vorhanden ist. Die Nervi cutanei clunium superiores posteriores versorgen den ganzen oberen und seitlichen Abschnitt der Gesäßgegend, daher erstreckt sich die Druckempfindlichkeit auch auf die ganze obere äußere hintere Darmbeingegend; sie ist jedoch in der Tat bei allen periartikulären nicht ischiadischen Hüft- und Kreuzschmerzen sehr charakteristisch im Gegensatze zum Druckpunkte in der Fossa ischiadica. Bei den Kriegsteilnehmern ist die echte akute sogen. rheumatische Lumbago durchaus selten. Hier handelt es sich um mehr diffuse traumatisch-refrigeratorische Schädlichkeiten, die während eines längeren Zeitraumes auf die Wirbelsäule einwirken. In der Regel konkurrieren Belastung, Ermüdung und Durchnässung resp. Entwärmung. Die Abtastung der Wirbelverbindungen ergibt zumeist eine auffallende Druckempfindlichkeit der Synchondrosis sacroiliaca resp. des diese bedeckenden Ligamentum ileosacrum longum und breve. In letzterem findet man bei chronisch Lumbagokranken vielfach harte bewegliche drüsenartige druckempfindliche Gebilde eingelagert, über welche noch keine histologischen Untersuchungen vorliegen. Ich glaube, es handelt sich um ein Analogon der Gichtknoten bei rheumatisch-harnsaurer Diathese; da sie jedoch nicht rückbildungsfähig sind, scheint nebst dem anorganischen Kern auch ein organisierter fibromatöser Anteil mitzuspielen. Sonstige Druckpunkte finden sich noch in der Gegend des Ligamentum ileolumbale vom Querfortsatze des V. Lendenwirbels zum Hüftbein. In letzterem sieht man auch an Röntgenbildern oft Verdichtung oder Ossifikation, zumeist bei älteren Leuten mit chronischem Kreuzschmerz. Man mache es sich zur Regel, die Druckverhältnisse zunächst immer am liegenden Kranken zu prüfen, weil man in dieser Lage von den Fixationsspannungen der Wirbelsäulenmuskulatur unabhängig wird.

Nun schreitet man an die Prüfung der statischen und Bewegungsverhältnisse an der Wirbelsäule.

Bei refrigeratorischem Kreuzschmerz findet man typisch eine Krümmungsveränderung an der Wirbelsäule im Sinne der Verminderung oder des Verlustes der physiologischen Lendenlordose. Dabei besteht im Stehen regelmäßig — wenn nicht eine knöcherne Versteifung der ganzen Wirbelsäule vorliegt — eine reflektorische Anspannung der Rückenstrecker, die im Liegen gleich wieder schwindet. Die einseitige Anspannung ist das wichtigste objektive Anzeichen für subjektive Kreuz-Lendenschmerzen. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule ist je nach dem Sitze der Affektion verschieden, einmal in toto behindert, oder bloß im Lendenanteile bei freibeweglichem Brust- und Halsanteile. Über die seitliche und anterioposteriore Beweglichkeit hat Erben in seinem Lehrbuche über Simulation instruktive Abbildungen gegeben, die die Objektivierung von Lendenschmerzen ermöglichen. Ich habe Zitterneurosen mit Kreuz- und Rückenschmerzen beobachtet, wo der Tremor hauptsächlich die Wirbelsäulenfixatoren betroffen hatte und von da aus sekundär nach kurzem Stehen auch die Extremitäten zu zittern begannen. Diese Kranken zitterten dann beim Gehen weitaus geringer als beim Stehen. Das dürfte die Gruppe jener Fälle sein, für die Schanz die Bezeichnung „Wirbelsäuleninsuffizienz" gewählt und die dann durch einen Stützapparat das Zittern verloren, was nicht weiter verwunderlich ist angesichts der Tatsache, daß auch die Gliedmaßenzitterer im Liegen und bei entspannter Muskulatur wenig oder gar nicht zittern.

Die Behandlung der Kriegslumbago ergibt sich aus den ätiologischen Faktoren. Ruhe, Wärmezufuhr, milde hydriatische Prozeduren, leichte Massage, orthopädische Behandlung, Diathermie. Ich muß gestehen, daß die Erfolge der physikalischen Therapie bei den Kriegsteilnehmern mich nicht sonderlich befriedigten. In frischen Fällen kommt man mit viel Geduld seitens des Arztes und des Kranken nach verhältnismäßig langer Zeit zum Ziele. Bei älteren oder vom Hause aus rheumatisch disponierten Leuten ist der Effekt quoad sanationem gering. Am raschesten und häufigsten erzielt man durch gleichzeitige kräftige Derivationsbehandlung mit Empl. cantharidum, Unguent. Mezerei, 2- bis 5 proz. Crotonöl-Salbeneinreibung und ähnlichen Derivantien bleibende gute Wirkung. Über den rauhen Winter wären solche Kranke besser in häuslicher Pflege zu belassen, im Sommer ist die abwechslungsreiche Spitalsbehandlung vorzuziehen.

Seelenkundliches.

Von **J. Bresler.**

(Fortsetzung.)

Hysterie ohne Ende.

Es wird jetzt sehr viel von Hysterie bei Männern gesprochen, weniger bei Frauen, als ob die Rolle vertauscht wäre. Diese Verschiebung ist aber nur eine scheinbare, bewirkt dadurch, daß man — leider — einen großen Teil der Ermüdungs- und Erschöpfungszeichen, auch der Folgen von mechanischen und seelischen Erschütterungen und Strapazen als hysterisch ansieht, sobald sie sich als schwer erklärbar oder als schwer heilbar oder unheilbar erweisen und grobe anatomische Grundlagen nicht gefunden werden. Auf der einen Seite wird immer — und mit Recht — betont, wieviele Rätsel an Bau und Leistung des gesunden Nervensystems noch zu lösen sind, auf der anderen Seite wundert man sich, wenn das kranke Hirn nicht jedesmal wie ein Nachschlagewerk auf jede Frage sofort die richtige oder wenn es überhaupt keine Antwort gibt. Dann wird mit geheimtuerischer Miene und Mystik, aber auch mit schlecht verhaltenem Verdruß über die Unklarheit des Falles, Hysterie f e s t g e s t e l l t und dem Kranken der uralte Stempel der Entartung und Verschrobenheit oder der bewußten Übertreibung oder Vortäuschung aufgedrückt oder beides. Da der Name Hysterie von hystera, die Gebärmutter, kommt, weil die alten griechischen Ärzte glaubten, daß das von ihnen beobachtete Nervenleiden, das allerdings auch von Erkrankungen der Geschlechtswerkzeuge ausgelöst werden kann, in der Gebärmutter seinen ursprünglichen Sitz habe, so wird noch heute von manchen irrtümlich der Begriff Hysterie in dunklen Zusammenhang mit Geschlechtsleiden gebracht. Es ist schon oft der Vorschlag gemacht worden, den Ausdruck Hysterie endlich ganz auszumerzen, da er nur Mangel ärztlichen Wissens bei vielen Krankheitsfällen verrät.

Neuerdings hat es H o l z m a n n (Hamburg, Hamburger Ärzte-Korrespondenz 1916 Nr. 1) wieder nachdrücklichst gefordert, dabei mit Recht dargetan, daß es mit dem Ausdruck „funktionelle Erkrankung" auch nicht besser ist; wir können uns eine Erkrankung ohne körperliche Grundlage und als auf bloßem Aussetzen der Funktion beruhend gar nicht vorstellen. Man hat bei Erklärung funktioneller Erkrankungen sich geholfen durch den Vergleich mit dem Ausschalten eines Teils einer Maschine, im Gegensatz zur Vernichtung oder Beschädigung des Teils, was einer organischen Erkrankung im Vergleich entsprechen würde. Aber dieser Vergleich ist m. E. ganz verfehlt; es mag ja komplizierte Maschinen geben, wo solche Ausschaltung einzelner Teile zeitweise geschieht, wenn sie nämlich im Plan der Maschine liegt; aber der lebendige Körper ist weit entfernt, eine solche Maschine zu sein, da hängt alles beständig und innig zusammen und voneinander ab.

Also lassen wir den Ausdruck Hysterie und funktionell aus der Heilkunde fort. Durch genaueste Untersuchung, durch erschöpfende Vorgeschichte gelingt es meist das ursprüngliche, wirkliche Leiden zu finden.

H o l z m a n n (Hamburger Ärzte-Korrespondenz 1917 Nr. 15) hat dies an 300 Personen nachgewiesen. Bei einem großen Teil derselben hatte man geglaubt, Hysterie, Hystero-Neurasthenie, Neuropathie, Psychopathie usw. festgestellt zu haben. Herz-Fernaufnahmen und -Durchleuchtungen ergaben aber u n z u r e i c h e n d e E n t w i c k l u n g d e s H e r z - u n d G e f ä ß s y s t e m s i m V e r h ä l t n i s z u K ö r p e r g r ö ß e u n d - g e w i c h t u n d A l t e r. Dabei ist bemerkenswert, daß zu klein angelegte Herzen sich durch Überanstrengung vergrößern und erweitern können, ohne dabei das Maximalmaß zu überschreiten oder zu erreichen. Die Bestimmung der Herzgröße lediglich nach Schalldämpfung ist nicht ganz zuverlässig. H o l z m a n n hatte, trotz großer Übung darin, mit Röntgenkontrolle 20 bis 25 v. H. Fehlergebnisse. Der Zustand von Herz und Gefäßen wiederum ist von Einfluß auf Blutdrucksteigerung und venöse Stauung, auf Drucksteigerung in Gehirn- und Rückenmarkflüssigkeit und deren Folgen. Auch hierbei ist nach H o l z m a n n zu beachten, daß Blutdrucksteigerung bestehen kann, ohne daß der Normalblutdruck erreicht oder überschritten wird, eben wegen unzureichend entwickelten Gefäßsystems. Auf diese Weise wird direkt, oder indirekt auf dem Wege über Verschlechterung des Stoffwechsels, besonders über ungünstige Beeinflussung der inneren Atmung, Hirnreizung und unter Umständen Hirnschädigung bewirkt.

Der von H o l z m a n n betretene Weg ist sicherlich nicht der einzige, sondern nur einer von den vielen, auf denen man zur wissenschaftlichen Aufklärung derjenigen Erkrankungen gelangen wird, die man jetzt noch unter Hysterie zusammenfaßt.

Wenn es noch eines Beweises bedarf, daß wir

mit dem Begriff Hysterie auf falschem Wege sind, so ist es m. E. die Lehre von der „Überlagerung" organischer Erkrankungen durch hysterische Symptome. Der diesen Ausdruck prägte, hat die Verheerung angerichtet. Übergelagerte Symptome sind nichts anderes als heilbare organische Symptome. Die „Überlagerung" bildet beim einzelnen Kranken den fließenden Übergang gradverschiedener Stufen wesensgleicher Symptome von den „organischen" zu den „nichtorganischen", wie er in der Menge der Nervenkrankheiten gebildet wird durch diejenigen, welche der eine zu den „organischen", der andere zu den „nichtorganischen" rechnet.

Gegen den groben Hysterieunfug hilft auch A. von Sarbó (Wiener klinische Wochenschrift 1917 S. 1285) ankämpfen, indem er den Nachweis der Wahrscheinlichkeit dafür erbringt, daß bei jeder Gehirn-Rückenmarkerschütterung beträchtliche anatomische Veränderungen in diesen Organen stattfinden, Veränderungen, die zwischen grobanatomischen einerseits und andererseits jenen unsichtbaren liegen, die während des Ablaufs der normalen Nerventätigkeit als vor sich gehend gedacht werden müssen. Eine solche Zwischenstufe müssen wir annehmen, auch wenn die mikroskopischen Untersuchungsmethoden uns Einzelheiten noch nicht vor Augen zu führen vermögen. Wir würden sonst einer ganz mystischen Vorstellung verfallen, als ob die Nervensubstanz gänzlich wesensverschieden sei von dem übrigen lebendigen Körper. Durch das tägliche Spielen mit dem Ausdruck funktionell und seiner Gegenüberstellung gegen organisch und anatomisch sind wir dieser Mystik schon halb verfallen; denn die Bezeichnung funktionell gebrauchen wir merkwürdigerweise fast nur, wo von Nervensubstanz gesprochen wird. von Sarbó sagt nun mit Recht, daß man aus der Heilung von Lähmungen nach Erschütterungen nicht schließen darf, es habe sich nur um funktionelle, d. i. seelische oder hysterische gehandelt, sondern daß diese Lähmungen auf feinanatomischen, der Rückbildung fähigen Veränderungen in der Nervensubstanz beruhen. Solche Veränderungen können aber auch durch fernwirkende oder unmittelbare Erschütterungen, nämlich durch Luftdruck erzeugt werden. Es ist geradezu lächerlich, bei solchen nicht die verschiedensten Grade der Wirkung auch nach der Grenze der Unwirksamkeit hin für möglich zu halten, da doch nicht bestritten wird, daß plötzliche Luftdruckwirkung den sofortigen Tod oder anatomische Veränderungen, von der Zersplitterung der Siebbeinplatte bis zu eben erkennbaren Blutaustritten, zur Folge haben kann. Es würde darauf hinauslaufen als wenn wir glaubten, die Sonne scheine nur jedesmal wenn wir sie sehen.

Auch H. Oppenheim, Berlin, und A. Friedländer, Hohe Mark, warnen neuerdings mit Recht: Die Diagnose Hysterie droht uferlos zu werden.

Prof. E. Stransky, Wien, hat in der „Festschrift zu G. Antons 60. Geburtstag" (Halle 1918, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung) ausgezeichnet klar und überzeugend das Hysterische zurückgeführt auf die Mensch wie Tier instinktiv innewohnende Simulationsanlage, eine Anlage, zum Zweck der Selbsterhaltung sich oder einen Teil seiner selbst zu verdecken, die bei Tieren sogenannte Mimikry (Nachahmung); er nennt diese Anlage Deckanlage. Er entwickelt daraus die ganze Lehre von der Hysterie auf einer durchaus natürlichen, ungekünstelten glatten Grundfläche und gibt ihr zugleich die richtige scharfe Umgrenzung.

Man muß den Ausdruck Deckanlage als glückliche Erlösung der medizinischen Wissenschaft von dem unglücklichen durch mehr als zwei Jahrtausende geschleppten Namen Hysterie („Hintrigkeit") dankbar begrüßen. Ich schlage vor, Deckanlage zu sagen für hysterische Anlage und für Hysterie selbst Decksucht. Mit der Silbe „sucht", die auf Seuche weist, würde zugleich auf die seelische Übertragbarkeit dieser geistigen Störung und auf den chronischen Charakter hingewiesen. Auf die Einzelheiten der hochverdienstlichen Ausführungen Stranskys kann hier Raummangels wegen nicht eingegangen werden; insbesondere wegen der scharfen Unterscheidung der Decksucht von Nervenschwäche, Nervenerschöpfung und Nervenerschütterung möge der Aufsatz selbst durchgelesen werden. (Man sollte statt „nervöse" Erschöpfung und „nervöse" Erschütterung immer sagen „Nervenerschöpfung" und „Nervenerschütterung").

Nicht zum wenigsten ist der grobe Hysterieunfug durch die Anschauung verschuldet, welche heftigen und mächtigen Gemütserregungen eine „hysterisierende" Rolle zuschreibt und mit dieser Wortspielerei der fälschlichen Anwendung des Ausdrucks Hysterie überall Tür und Tor öffnet, wo wir tatsächlich noch vor Unerschlossenem und Unerforschtem stehen, und wo es sich zunächst um weiter nichts als den einfachen und bekannten seelischen Vorgang handelt, daß bei gewisser unbekannter Voraussetzung die körperlichen Folgen seelischer Einwirkungen länger und stärker als in der Regel festgehalten und ausgebildet werden, ein Vorgang, der aber auch bei sonstigen seelischen

Störungen, wenn auch auf anderer Grundlage, vorkommt (z. B. bei Zwiesinn).

Ein Fall von allgemeinem Schwachsinn.

Der Mann, der ein Freudenhaus besucht, tritt hinein wie in einen Laden, ganz öffentlich; jeder kann es sehen, und jeder, der ihn sieht, und etwas von der Verbreitung der Geschlechtsseuchen versteht, weiß, daß der Besucher mit großer Wahrscheinlichkeit sich Syphilis oder Tripper holt. Denn wer bis fünf zählen kann, begreift, daß ärztliche Untersuchung der Freudenmädchen vielleicht, wenn sie absolut genau ausgeführt wird, die Zahl der Geschlechtskranken im ganzen etwas herabdrückt, d. h. „die Statistik verbessert", dem einzelnen Mann (und dem Mädchen) nicht die geringste Sicherheit gewährt, weil sie das zu erreichen nicht imstande ist. Der Arzt aber muß über die Verseuchtheit eines Menschen mit Syphilis oder Tripper absolut Heimlichkeit und Stillschweigen bewahren. Der Angesteckte renommiert sogar vielfach unter Seinesgleichen mit dem Schanker und Tripper, der Arzt, der ihn verrät, wird nach § 300 des Strafgesetzbuchs bestraft. Der Arzt, der es unterläßt, einen Fall von Typhus oder einer anderen epidemischen Krankheit polizeilich zu melden, wird verurteilt. Geschlechtsseuchen sind schlimmer als z. B. eine Typhusepidemie. Denken wir uns die Menschen der Generationen, welche letztere infolge der Syphilis eines einzigen Mannes nicht entstehen können und daher einen ungeheuren Ausfall bei der Volksvermehrung bedeuten, an einem Ort und Zeitpunkt zusammengestellt, so haben wir das Bild einer großen Epidemie mit 100 v. H. Todesfällen. Leider handelt es sich nicht nur um ein Bild, sondern um traurige Wirklichkeit. Denn der Würgengel Geschlechtsseuche ist ständiger Gast im Volk. Also Anzeigepflicht, Behandlungspflicht, Absonderung für jeden Fall von Geschlechtsseuche ganz wie bei Pest und Cholera. Alles andere ist blöde Faselei. Wie lächerlich winzig ist diese Forderung der allgemeinen M e h r p f l i c h t gegenüber dem, was die allgemeine W e h r p f l i c h t vom Einzelnen und Volk verlangt. Wie würde man den Mann bestrafen, der leichtsinnig sein Gewehr unbrauchbar und sich dadurch kampfunfähig macht. Aufklärung allein nützt gar nichts; das ist gerade so, als wenn man die Cholera lediglich mit Aufklärung bekämpfen wollte.

Welchen s e e l e n k u n d l i c h e n Belang hat dieser Gegenstand? Worin besteht der Massenschwachsinn? In dem krankhaften, artwidrigen Kultus der Persönlichkeit, in der Loslösung der Persönlichkeit von ihrer Wurzel. Wurzel ist die Rasse, das Volk. Diese Loslösung wird unter „Freiheit"; „Bildung"; „Recht", „Toleranz" usw. von denjenigen besonders betrieben, die kein angeborenes Zugehörigkeitsgefühl zum deutschen Volke besitzen, deren Interessen übernational oder zwischennational orientiert sind und die in dieser Hinsicht eine beständige Gefahr bilden. Im Grunde ist es Lebensschwäche des Volkes, wenn es die Teile nicht unter das Ganze zu zwingen vermag, oder Lebensirrung, wenn es die Notwendigkeit davon nicht einsieht, oder beides zugleich. Wie gewaltig, wie g r a u s a m , wenn es nötig, unterdrückten die Völker des Altertums, Israeliten, Griechen, Römer, alle die Rasse schädigenden selbstsüchtigen Regungen. Bei uns blickt man bei gesetzgeberischen Maßnahmen gegen die Geschlechtsseuchen erst und dauernd nach den „Rechten des Einzelnen".

Diese Wucherung des Ichs hat einen weiteren, zweifachen Belang für die ä r z t l i c h e S e e l e n k u n d e , nämlich insofern sie nach der einen Richtung ausläuft in H y p o c h o n d r i e , Krankheitsfurcht, Bazillenfurcht, Furcht vor Verwundung und Heldentod, nach der anderen in Q u e r u l a n t e n t u m (R e c h t s s u c h t). Sie hat im Lauf der Jahrhunderte einen ganz unangemessen großen Rechtsapparat erzeugt; für die lächerlichsten Rechtsstreite wird oft der ganze riesige Mechanismus der Rechtsprechung in Bewegung gesetzt. Welche ungeheure Verantwortung trägt der Lokomotivführer, der Techniker, der ein großes Maschinenwerk leitet, der Soldat am Maschinengewehr vor dem Feind usw.! Alle sind sie auf ihre Person allein angewiesen; sie können bei Eintritt eines unerwarteten Ereignisses nicht in einem Kommentar nachlesen oder sich mit vier bis fünf Ihresgleichen beraten, sie müssen im Augenblick entscheidend handeln. Für eine ungeheuerlich geringfügige Rechtssache dagegen wird im langen Instanzenwege eine ganze Schar gelehrter und ergrauter Richter nebst Schreibern benötigt, ungeheuerlich viel Papier und Zeit verwendet. Meines Erachtens hat zum Untergang des alten Rom nicht zum wenigsten das so viel gepriesene römische Recht beigetragen, indem es durch spitzfindigste Herausarbeitung der rechtlichen Beziehung des Einzelnen Recht, Vorrecht und Festigkeit von Volk und Staat untergrub.

A. d e T o c q u e v i l l e sagt in seinem Werk: Das alte Staatswesen, 1857 (deutsche Übersetzung), S. 263: „Das römische Recht, das überall die bürgerliche Gesellschaft vervollkommnete, hat allenthalben und jederzeit die politische Gesellschaft zu entnerven gestrebt." Und E. J u n g (Der deutsche Staats-

gedanke im Gegensatz zum westmächtlichen und antiken. In „Deutscher Staat und deutsche Kultur". Herausgegeben von der Heeresgruppe Herzog Albrecht. Straßburg 1918, K. J. Trübner. Seite 194): „Jedenfalls war aber die Annahme des römischen Rechts in Deutschland, sowie sie erfolgte, eine schwere Schädigung für die deutsche staatliche Entwicklung."

Grübelsucht (Hypochondrie) und Rechtssucht (Querulantentum) sind Zwillinge, und zwar meist miteinander verwachsen. Querulantentum ist nicht, wie gewöhnlich angenommen wird, Streitsucht an sich, sondern ursprünglich die beständige Angst und Besorgnis, in der Existenz von den Mitmenschen gefährdet zu werden; daß zur Abwehr der Weg der Rechtshilfe beschritten, der Rechtsapparat benützt wird, geschieht nicht anders als wie der Hypochonder die Riesenzahl der Heilmittel und Geheimmittel an sich ausprobiert, hilfesuchend von einem Arzt zum anderen, von einem Land ins andere zieht. Querulantentum ist mehr Rechtssucht — der Kranke siecht in der Angst um seine vermeintlich gefährdete Existenz; die Streitsucht ist davon Ausdruck und Folge.

Prof. Dr. Heinrich Reichel, k. u. k. Stabsarzt in Wien, hat in seinen Betrachtungen über das Großstadt- und Familienproblem (Wien. klin. Wochenschr. 1918 Nr. 15 S. 421) und über das Krankhafte des großstädtisch lebenden Teils des Volksganzen darauf hingewiesen, daß dieses Krankhafte nicht so sehr und nicht hauptsächlich auf den Schädlichkeiten der großstädtischen Wohnungen und Arbeitsweise beruht, sondern in der anscheinenden Unfähigkeit des städtisch lebenden Volksteils, sich auf die Dauer fortzupflanzen, und daß diese Unfähigkeit gerade bei jenen Volksschichten am deutlichsten hervortritt, welche die unmittelbare Gesundheitsschädlichkeit der Großstadt überwunden haben. Die Geschichte kennt, wie Reichel bemerkt, eigentlich nur ein Beispiel fruchtbaren Stadtvolkes: die Juden im Ghetto, und gerade dieses Beispiel lehrt, daß es bei Überwindung der Schwierigkeit nicht auf Weiträumigkeit und sanitäre Einrichtungen ankommt, sondern offenbar allein auf etwas rein Psychisches, auf eine übermächtige, im gegebenen Beispiele religiöse Massensuggestion, die Suggestion nämlich, die Fortpflanzung trotz aller entgegenstehenden Schwierigkeiten, trotz aller für den Einzelnen daraus erwachsender Nachteile **unbedingt** und leidenschaftlich zu wollen, mit einer Leidenschaft zu wollen; als ob das Heil daran hinge", wäre man versucht zu sagen, wenn man nicht bei der Benutzung der Phrase bemerken müßte, daß es wirklich gerade daran hängt. Ich bin der Meinung, daß man nicht nötig hat, hier auf Psychisches als alleinige Ursache zurückzugreifen, sondern daß das starke Psychische nur eben die eine Seite der starken Lebenskraft der Rasse ist; nur solche Stärke der Lebenskraft kann auch dem Seelischen und Religiösen einen so übermächtigen Ausdruck verleihen beim Einzelnen und bei der ganzen Rasse, und eine solche seelische Wirkung von der Rasse auf den etwa durch Selbstsucht gefährdeten oder geschwächten und minderwertigen Einzelnen übergehen lassen.

Mir wird der Eindruck von acht gesundheitstrotzenden, vergnügten, lebhaften Kinderchen unvergeßlich bleiben, die mitten im Winter in einem armen ungarischen Dorfe, nur mit Hemd bekleidet, vor der dürftigen Holzhütte des Elternhauses herumsprangen; es war eine bettelarme ungarische Familie. Seitdem und seit unzähligen weiteren derartigen Beobachtungen kann ich nur lächeln über die ängstliche Rücksichtnahme auf das „Recht des Einzelnen" bei einer Gesetzgebung, welche so bescheiden ist, nichts weiter als die äußerlichen Hindernisse der Geburtenmehrung beseitigen zu wollen; lächeln über das Schlagwort: „wenige, aber gesunde, tüchtige Kinder", zur „Höherzüchtung" der Rasse, als ob eins das andere ausschlösse. Von jenen acht Kindern trägt jedes das Professoren- und Künstlerhirn im Kopfe.

Blaschko stellt in einer kürzlich erschienenen Schrift („Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Berlin", Berlin 1918) fest, daß nach dem Ergebnis der am 30. April 1900 in Preußen vorgenommenen Zählung in Preußen jährlich 773 000 an Geschlechtsleiden erkranken, d. i. je einer von 22 Erwachsenen, daß nach einer Ende 1913 in einer Reihe von deutschen Großstädten vorgenommenen Erhebung damals in Berlin über 20 000 Personen wegen Geschlechtskrankheiten ärztlich behandelt wurden, davon erheblich über 9000 an Syphilis, daß in Berlin etwa 20 v. H. der Männer und 15 v. H. der Frauen im Alter von 15 bis 50 Jahren an Syphilis erkrankt sind, daß diese Krankheit die Sterblichkeit im Alter von 35 bis 50 Jahren um 85 v. H. steigert, also nahezu verdoppelt, daß von den Todesfällen in den Berliner Irrenanstalten rund die Hälfte auf Paralyse zurückzuführen ist, und auf der anderen Seite, daß von 3385 Todesfällen an Paralyse 2923 im Irrenhause eintraten. Er teilt weiter mit, daß in Hamburg jährlich 15 607 Trippererkrankungen bei Männern, 3413 bei Frauen, 3931 Syphiliserkrankungen bei Männern und 1907 bei Frauen vorkommen.

Es ist lächerlich, mit welchen wissenschaftlerischen, sophistischen, kleinlichen, nörglichen und quärglichen Wenn und Aber, wie sogar mit unverhohlener Rücksicht auf etwaige Schädigung „von Personen in hoher Stellung" oder „ in guten Vermögensverhältnissen", die „Denunziationen" und „Erpressungen" ausgesetzt werden könnten, ein gründliches Vorgehen gegen die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten erschwert und geradezu verhindert wird. Es ist furchtbar, daß angesichts der verheerenden Wirkung der Lustseuchen auf die Bevölkerungsziffer so etwas gedacht werden kann und gesprochen und geschrieben werden darf. Dabei setzte schon das Allgemeine Landrecht § 1026 II, 20, Bestrafung auf Ansteckung mit Geschlechtskrankheit, und zwar drei Monate Gefängnis oder Zuchthaus, und das Preußische Regulativ vom 8. August 1835 schreibt die Anzeigepflicht für Geschlechtskrankheiten vor. Wem diese Gesetze nicht maßgebend genug erscheinen, der möge sich der strengen Vorschriften im Alten Testament erinnern. Man sieht, die Seuchenbekämpfung hat auf dem wichtigsten Gebiet Rückschritte gemacht, einfach aus dem Grunde, weil man das Interesse des Einzelnen über das allgemeine gestellt hat. Leider wird vielfach die Frage, ob etwas einen Fortschritt, eine Verbesserung bedeutet, danach beurteilt, welchen Vorteil es dem Einzelnen und seiner Willkür bringt.

Fr. Siebert (Der völkische Gehalt der Rassenhygiene. Bücherei deutscher Erneuerung[1]) Bd. 3. München 1917, J. F. Lehmann. S. 136) berechnet, daß das Deutsche Reich jährlich einen Verlust von **80 000 Kindern** hat dadurch, daß 20000 Ehen infolge geschlechtlicher Erkrankung eines der Ehegatten unfruchtbar bleiben; zieht man in Betracht, wie viele Menschen wegen früherer Geschlechtskrankheit überhaupt die Ehe nicht eingehen, und die Zahl der Kinder, die infolge ererbter Syphilis totgeboren werden (42 000) oder früh sterben, so steigt die Zahl auf eine unerhörte Höhe. Welche andere Seuche, welcher Krieg bringt solches Morden zustande? Ist es nicht höchster Massenblödsinn, höchste Gefühlsverrohung, daß man die Geschlechtsseuche nicht unvergleichlich energischer bekämpft als Pest und Cholera, daß man nicht Geschlechtskranke solange einsperrt, bis sie nicht mehr ansteckend sind, wie Pestkranke!

Der gelehrte Kram und die sich breit machende Vereins- und Schriftmeierei über „Rationalisierung" von Fortpflanzung und Geschlechtsleben, über Preisgabe dieser Dinge an ausschließliche Macht und Leistung des Verstandes, ihre Loslösung vom Instinkt, läßt sich nachgerade lächerlich an gegenüber Wert und Leistung auch nur einer einzigen Mutter, die drei, vier und mehr Kinder dem Vaterlande schenkt, im wahren Sinne des Wortes **schenkt** — eine Schenkung, gegen welche Stiftung eines Millionenlegats nichts gilt! — und erzieht; wirkt aber andererseits beinahe ähnlich gemeingefährlich wie Sittenromane und -dramen, die ebenfalls mehr das Gegenteil von dem bewirken, was sie angeblich, nämlich nach Angabe derer, die das Geschäft damit machen, bezwecken sollen.

Das Leben hat den eisernen Instinkt geschaffen, die Weltgeschichte hat deutlich genug und für jedes Kind faßbar das Gesetz des Lebens offenbart und die Forderung der Gegenwart und Zukunft liegt so klar vor uns, daß alle Einmischung gelehrter Tüftelei, alles Hantieren, und alle gleißende Verstandsreklame und Renommisterei der Gelehrsamkeit mit Schlagworten wie Intellektualisierung, Rationalisierung, Ethisierung, Personalisierung, Psychoanalyse usw. nur störend, zerpflückend, vernichtend wirkt geradeso, wie religiöses Leben nicht aus Stuben von Wissenschaftlern stammt, vielmehr in ihnen durch Begriffsspalterei zugrunde gerichtet zu werden Gefahr läuft.

Der große Gesetzgeber des Alten Testaments hat das Naturgesetz der Fortpflanzung so klar, bestimmt und unanfechtbar auf die Verhältnisse des Menschen übertragen und in der Sprache des Menschen so unzweideutig ausgedrückt, daß wir uns im Zweifel nur danach zu richten brauchen.

Die sexuelle Aufklärungsliteratur haben wir nicht nötig, so lange sie statt aufzuklären enthüllt und entblößt da wo das Leben eine Hülle geschaffen hat, und so lange sie statt aufzuklären aus konventionellen Gründen, d. h. Lügen, der Notwendigkeit ausweicht, das unnatürliche Dunkel aufzuhellen, das lebensfeindliche oder lebensflüchtige und lebensschwache Weltauffassung über Wert und Hoheit der Fortpflanzung als des alleinigen Ziels des Geschlechtslebens gelagert hat.

Alle gesetzgeberischen Bestrebungen nach Volksvermehrung bleiben unfruchtbar, wenn sie nicht tief in Rasse und Religion mit ihrem Ziel aufs Dauernde und Ewige verankert sind. Lehrreich ist hierfür der Vergleich der mosaischen Gesetzgebung und der lykurgischen; letzterer blieb ein dauernder Erfolg versagt, weil sie vorwiegend auf dem unsicheren Boden der Politik mit ihrem Wandel und

[1]) Die Bücher seien allen Deutschen wärmstens empfohlen.

Wechsel und ihrer Abhängigkeit von Zeitlichem geschaffen war. Mögen dessen unsere Gesetzgeber gedenken!

Nietzsche sagt in: Menschliches, Allzumenschliches I Nr. 455 (Taschenausgabe): „Wenn der Mensch keine Söhne hat, so hat er kein volles Recht, über die Bedürfnisse eines einzelnen Staatswesens mitzureden."

Das Geschick der Völker wird viel mehr im Ehebett als auf dem Schlachtfeld geschaffen.

Mitteilungen.

— **Aufforderung zu einer Salvarsan-Enquête.** In der Sitzung des Ärztlichen Vereins zu Hamburg vom 30. April 18. hat Prof. Nonne (Hamburg) einen Fall mitgeteilt, der — nach Nonne's eigenen Bericht — folgendes lehrt:

1. Auch eine starke Salvarsankur gibt keine Gewähr dafür, daß die Lues nicht früh das Zentralnervensystem befällt. Der Fall bestärkt den Verdacht, daß starke Salvarsankuren die Tendenz der Lues, das Nervensystem zu befallen, bestärken.

2. Von neuem zeigt der Fall die große Wichtigkeit der Untersuchung des Liquor spinalis und ist ein gutes Beispiel für die Polysymptomatik der Meningitis basalis luetica, deren Symptome man allerdings oft erst suchen muß.

3. Salvarsan darf getrost auch bei bei spezifischer Erkrankung des Optikus verabfolgt werden. Erst vor kurzem stellte Arning einen ebenfalls mit Salvarsan geheilten, spezifisch syphilitisch erkrankt gewesenen Optikus vor.

4. Ein Rezidiv ist zu erwarten, wenn der Liquor — wie in diesem Falle — noch nicht voll ausgeheilt war. Nonne hat im Laufe des letzten Jahres eine Reihe von Fällen gesehen, wo Tabes und Paralyse schon 3—4 Jahre, ja schon 2 Jahre nach intensiver Salvarsanbehandlung der primären und sekundären Lues aufgetreten war, uud hält es für unbedingt notwendig, darauf weiter zu achten.

Angesichts dieser Erfahrung und Äußerung des gegenwärtig besten Kenners der Nervensyphilis halte ich es für dringend erforderlich, daß unverzüglich eine Sammelforschung über die Beziehung der Salvarsanbehandlung, nicht nur der intensiven, zu dem Zeitpunkt des Auftretens von Tabes und Paralyse angestellt wird, und bitte die Herren Kollegen, welche über Beobachtungsmaterial verfügen, um recht baldige Einsendung von Mitteilungen an diese Zeitschrift.

Bresler.

Referate.

— **Die mechanische Erregbarkeit der Hautmuskeln und Hautgefäße.** Von Hans Günther. Sonderabdruck aus dem XV. Band der Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde. Berlin, Verlag von Jul. Springer.

Auf diese sehr tiefgehende, auch für den Neurologen und Psychopathologen wichtige Arbeit möchte der unterzeichnete Referent aufmerksam machen. Hans Günther behandelt Erscheinungen am menschlichen Körper, die sich bei der täglichen ärztlichen Beobachtung darbieten, wohl in keinem Nervenstatus zu fehlen (vasomotorisches Nachröten), und doch im allgemeinen nur sehr wenig kritisch gewürdigt zu werden pflegen. Günther hat nun seit Jahren durch ganz planmäßige Beobachtung die physiologische und klinische Bedeutung der „mechanischen Erregbarkeit der Hautmuskeln und Hautgefäße" zu ergründen gesucht und dabei auch ein umfangreiches literarisches Material kritisch gewürdigt. Schon das Anfangskapitel, das „allgemeine physiologische Eigenschaften der Hautmuskeln und Hautgefäße bei mechanischer Reizung" untersucht, läßt die Kompliziertheit der auf den ersten Blick so einfach erscheinenden Reize erkennen; mechanische Reize treffen sich mit psychischen; besonders die „Sensatio pilomotorica" (Günther), das „Gänsehautgefühl" steht zum Affektleben des Menschen ja in sehr innigen Beziehungen.

In einem zweiten Kapitel wird in tiefgründiger Weise die spezielle Physiologie und Pathologie der mechanisch erregten Hautmuskeln und Hautgefäße erst historisch, dann nomenklatorisch (Dermographismus, Dermographie) abgehandelt. Verfasser unterscheidet eine Reactio pilomotorica dermographica, Reactio alba derm., Reactio rubra, Reactio oedematosa, Defectus reactionis, Reactio reflexiva und spricht dem Grade der Hautgefäßerregbarkeit nach von „normaler" und „pathologischer" Dermographie. Zur exakten dermographischen Druckbestimmung bedient sich Günther eines von im konstruierten Apparates, mit dem er einmal die verschiedenen Grade der Erregbarkeit studiert, dann die sog. „Latenzzeit", ferner die verschiedenen Reaktionsarten im Reizgebiet, die Dauer der Reaktion und die Reaktionsveränderung bei Einwirkung anderer (physikalischer und chemischer) Faktoren wie Wärme, Kälte, Stauungshyperämie, Elektrizität, Röntgenbestrahlung, chemische Reize, den Einfluß der Psyche untersucht und endlich die pathologisch-histologischen Befunde der „Urticaria factitia" einer näheren Betrachtung unterzieht. Praktisch am wichtigsten ist das dritte Kapitel, das sich mit der klinisch-diagnostischen Bedeutung der durch mechanischen Reiz bedingten Reaktionen der Hautmuskeln und Hautgefäße, so ihren Beziehungen zu vitalen Funktionen und Zuständen wie Lebensalter und Genitalfunktion, vor allem

dem Vorkommen bestimmter Reaktionsarten bei verschiedenen Krankheiten beschäftigt.

Leider sind diese Reaktionen noch nicht eindeutig. Günther warnt deshalb auch mit Recht vor einer Überschätzung und falschen diagnostischen Verwertung der Symptome in der Praxis. Er sagt am Schlusse selbst: „Obwohl ein reiches Tatsachenmaterial vorhanden ist, muß doch von der Zukunft eine weitere Klärung der physiologischen und pathologischen Verhältnisse erhofft werden." Die eingehende Arbeit Hans Günthers ist geeignet, die weitere Klärung mit Erfolg in die Wege zu leiten. K.

Buchbesprechungen.

— Bleuler, Prof. Dr. E.: Unbewußte Gemeinheiten. 3. Aufl. München, Reinhardt. Preis 0,50 M.

Verf. predigt allgemeine Ethik und will seine Zuhörer lehren, wie sie es vermeiden können, ihren Mitmenschen Leiden anzutun. Demgemäß schilt er auf den Pennalismus, auf falsche Erziehung, auf erzwungene Berufswahl, auf die inferiore Stellung der Gattin und Mutter, auf die Klatschbasen und Besserwisser, auf die Tyrannei von Vorgesetzten jeder Art, auf die Unterstützung der Vagabondage durch hingeworfene Geschenke, auf die skrupellose Übertragung von Geschlechtskrankheiten und vor allen Dingen auf den Alkoholgenuß, den jeder meiden müsse, wolle man all die bösen Folgen, die der Alkoholismus in die Welt gebracht, mit Stumpf und Stiel ausrotten; so wächst sich die Schrift in ihrer zweiten Hälfte zu einer Abstinenzphilippika aus, leider nicht zum Vorteil derselben, denn wenn Verfasser eingangs vorausschickt, nicht alle „Gemeinheiten" aufzählen zu können, dann käme vielleicht auch in der Auslese dem sattsam bekannten Alkoholthema ein etwas geringerer Raum zu. Im übrigen ist die kleine Broschüre originell, interessant und durchaus lesenswert.

Wern. H. Becker, Herborn.

Therapeutisches.

— Über **Foligan**, ein „pflanzliches Sedativum", liegen schon mehrere Berichte und Urteile aus Kliniken und Sanatorien vor. Es ist von H. Epstein in Prag eingeführt, der von der Beobachtung ausging, daß in Italien und Südfrankreich schlaflosen Kindern Orangenblätteraufguß als Beruhigungsmittel gereicht wird (Deutsch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 20). Die Firma Dr. Georg Henning, Berlin W. 35, Kurfürstenstraße 146-47, stellte nach einem technisch durchgearbeiteten Verfahren ein Präparat dar, ein festes, nach Befreiung des Rohauszuges von unwirksamen Ballaststoffen mit Hilfe von Alkoholfällung gewonnenes Extrakt, das wegen seines intensiv bitteren Geschmacks mit Milchzucker und anderen Geschmackskorrigentien zu Tabletten verarbeitet wird. Man hat folgende Stoffe aus den Blättern isoliert: Hesperidin, Stachydrin, Cholin, Alloxurinbasen, ätherisches Öl. Orangenblätter bildeten früher einen Teil der Species nervinae, sowie eines Tees gegen Kolik. Als Bittermittel bei Verdauungsstörungen ist es altbewährt.

Von Prof. Walko, Primarius der Inneren Abteilung am Spital der Barmherzigen Brüder in Prag, wurde von Foligan bei Dosen von 0,1 bis 1 g eine sedative Wirkung festgestellt, in gleichen Dosen, besonders aber bei 1 bis 1,5 g eine schlafbringende, die in der Mehrzahl der Fälle prompt war und im Lauf weiterer Versuchstage eine gleiche blieb, ohne sich wesentlich abzuschwächen. Die Fälle, bei denen es angewandt wurde, waren zum geringsten Teil nervöse Kranke, hauptsächlich handelte es sich um Herzfehler, schwere Tuberkulosen, akute und chronische Rheumatismen mit Schlaflosigkeit. Völlige Mißerfolge sah Prof. Walko in etwa 5 bis 10 v. H. der Fälle, z. B. bei hochgradiger Dyspnoe, wo auch Veronal usw. unwirksam blieben. Unangenehme Nebenwirkungen hat er nicht gesehen.

Epstein konnte in der Privatpraxis bei Rekonvaleszenten, bei Kindern und Jugendlichen fast ausnahmslos einen günstigen Erfolg konstatieren, und zwar ebenso bei Neurasthenikern wie bei Hysterischen. Bei komplizierter Agrypnie war ein negatives Resultat zu verzeichnen. Posthypnotische Erscheinungen fehlten vollkommen; „mit klarem Kopf kann jeder an seine noch so anstrengende Arbeit ruhig schreiten . . .". Man gibt eine Pastille in heißem Zuckerwasser gelöst, eventuell auch zwei bis drei.

Dr. Rosa Friedländer berichtet aus dem Städti-

schen Krankenhaus, Gitschiner Straße, in Berlin über Foligan (Deutsch. med. Wochenschr. 1915 Nr. 32) und fand, daß es in verschiedenen Fällen wesentlich zum Schwinden der nervösen Symptome beigetragen hatte, besonders bei Neurasthenie. Es hatte auch den Anschein, daß Foligan nicht unwesentlich zur Besserung des Allgemeinbefindens beiträgt, indem es bis zu gewissem Grade als Stomachikum wirkt.

Prof. M. Mendelsohn in Berlin berichtet in einem Aufsatz: Die nervösen Herzbeschwerden und ihre Behandlung (Wien. klin. Rundschau 1915 Nr. 37-38) über die Wirkung des Foligans bei Herzkranken, wo es darauf ankam, die Erscheinungen der Krankheit möglichst wenig zur Empfindung kommen oder alle Reize körperlicher und besonders psychischer Art zu möglichst geringer Rückwirkung auf das Herz gelangen zu lassen. Dabei ist die Ruhigstellung des Nervensystems nie ausgeblieben. Foligan ist gegenüber anderen ein völlig harmloses Mittel; auch nach monatelanger Anwendung ruft es keine Nebenwirkung hervor. „Wird es richtig angewendet, so ist es ein Beruhigungsmittel ersten Ranges mit dem ganz unschätzbaren Vorteil des Freiseins von allen unzuträglichen und unangenehmen Nebenwirkungen", sagt Prof. Mendelsohn. „Nie

ist es ohne Wirkung geblieben, oft war es nicht mehr zu entbehren". Auch wo Herzkranke nicht schlafen konnten, wurde vielfach Schlaf erzielt.

Ferner berichtet E. Rose aus dem Königlich medizinisch-poliklinischen Institut der Universität Berlin (Direktor: Geh. Rat. Prof. Dr. Goldscheider) in der Münch. med. Wochenschr. 1915 Nr. 20, daß Foligan in allen Fällen gute Wirkung hat, wo es sich um allgemeine nervöse Beschwerden und Schlaflosigkeit auf nervöser Grundlage handelt. Am Tage genommen, schläfert es nicht ein, auch fehlen die üblen Folgeerscheinungen der Betäubungsmittel wie Kopfdruck und Benommenheit.

Endlich ist Foligan auch empfohlen von Geh. Rat Prof. Dr. Eulenburg in Berlin (Med. Klinik 1915 Nr. 45) und Stabsarzt Dr. Sternheim in Hannover (Med. Klinik 1915 Nr. 51). Bresler.

Personalnachrichten.

— **Hamburg.** Herr Dr. med. Friedrich Georg Meggendorfer, geboren am 7. Juni 1880 zu Bad Aibling ist als Assistenzarzt hier eingetreten. — Herr Dr. med. Walter Zendig, geboren am 23. März 1878 zu Berlin, 15. Dezember d. J. ist aus dem Dienst der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg ausgeschieden.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. **Nr. 43/44. 1918/19.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 43/44. 1. Februar **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 60 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Unseren Abonnenten zur gefl. Kenntnis, daß die Zustellung der Zeitschrift nur noch durch Postüberweisung geschieht. Wir bitten deshalb, Beschwerden wegen unpünktlichen Eintreffens oder wegen gänzlichen Ausbleibens der Zeitschrift stets zuerst an das zuständige Postamt zu richten. **Der Verlag.**

Friedrich Siemens zum 4. Februar 1919.

Von **A. Mercklin,** Treptow a. Rega.

Am 4. Februar 1919 vollendet Herr Geh. Med.-Rat Dr. Friedrich Siemens, bis 1916 Direktor der Provinzialheilanstalt zu Lauenburg in Pommern, das siebzigste Lebensjahr. Seine zahlreichen Schüler und alten Mitarbeiter begrüßen ihn zu diesem Tage mit herzlichsten Glückwünschen. Auch die deutsche Psychiatrie wird gern des Festtages gedenken. Sie verdankt dem hochverdienten Manne viel.

Fr. Siemens hat seine ärztliche Laufbahn in Marburg begonnen. Hier war er nach Abschluß des medizinischen Studiums zuerst 1874-75 Assistent an der medizinischen Klinik bei Mannkopf, ging aber 1876 zur Psychiatrie über, indem er Sekundärarzt an der dortigen, neu eröffneten Landesirrenanstalt und psychiatrischen Klinik wurde. Sie stand unter der Leitung von Prof. Heinrich Cramer. Cramers bedeutende und bezaubernde Persönlichkeit wirkte in engem und beglückendem Verkehr mächtig auf Siemens ein. Von dem verehrten Lehrer übernahm er die Liebe für feine und gründliche klinische Beobachtung, die glühende Begeisterung für eine ganz freie Behandlung der Kranken mit humanster Pflege, an Cramer bewunderte er die seiner eigenen Natur so entsprechende Klarheit und Offenheit, die erschöpfende Gründlichkeit bei knapper Ausdrucksform, den befreienden Humor. In der Zeit seiner Marburger Tätigkeit veröffentlichte Siemens mehrere bekannte wissenschaftliche Arbeiten. So: über den epileptischen Schlaf, über kombinierte Psychosen, über Psychosen bei Ergotismus, über Simulation von Seelenstörung, über geistige Erkrankung in Einzelhaft. Seine Abneigung gegen jeden Zwang tritt in dem Aufsatz „Zur Behandlung der Nahrungsverweigerung der Irren" besonders hervor. Diese größere Arbeit war ursprünglich als Habilitationsschrift gedacht. Siemens entschloß sich jedoch, den akademischen Plänen zu entsagen und begab sich ganz auf das Gebiet der praktischen Psychiatrie, indem er 1883 die Stellung des Anstaltsdirektors in Ückermünde übernahm.

Seitdem widmete er 33 Jahre hindurch seine ganze Kraft dem Irrenwesen der Provinz Pommern. Dieses hat dank Siemens unermüdlichen Anregungen und wohl durchdachten Anträgen bei einer humanen und verständnisvoll entgegenkommenden Verwaltungsbehörde in Anstaltsneubauten, zeitgemäßer Versorgung der Ärzte, Beamten und Pfleger u. a. eine schöne Blüte erreicht. — In Ückermünde hatte Siemens mancherlei zu verändern, um die moderne Behandlung auszubauen. Er wirkte dort bis 1887. In jene Zeit fällt auch seine Wahl zum psychiatrischen Mitglied des Medizinalkollegiums von Pommern.

1887 siedelte Siemens nach Lauenburg i. Pom. über, wo nach seinen Entwürfen die große, schön gelegene und neuzeitlich eingerichtete Provinzialheilanstalt erbaut und 1889 eröffnet wurde. Diese Anstalt durch Verbesserung aller Einrichtungen, Errichtung von Laboratorien, Werkstätten, Vergrößerung des landwirtschaftlichen Betriebes (Gutsankauf) stets auf der Höhe der Zeit zu erhalten, ist Siemens in vorzüglicher Weise gelungen. Hier hat er nicht nur als hochgeschätzter Arzt und Direktor, sondern auch als Lehrer in schöner

Tätigkeit gewirkt. Es konnte nicht fehlen, daß seine gediegene, klare und temperamentvolle Art, seine vorbildliche Pflichttreue und sein großes Geschick, auch schwierige Anstaltsfragen schnell und glücklich zu entscheiden, ungemein anziehend wirkten. Die Assistentenstellen bei Siemens waren gesucht. Viele seiner ehemaligen Ärzte fanden dank der ausgezeichneten straffen Schulung, die sie bei Siemens genossen, nachher schnell ihren Weg in selbständige Stellungen. Sie alle gedenken mit Liebe der Lauenburger Arbeitszeit und haben dies zum Ausdruck gebracht, als Siemens 1914 kurz vor Ausbruch des großen Krieges gelegentlich des 25 jährigen Bestehens der Anstalt seine früheren Mitarbeiter um sich versammelte, um in Hinblick auf seinen beabsichtigten Rücktritt aus dem Amt noch einmal an alter gastfreier Stätte mit ihnen freundschaftlich zusammen zu sein.

Lebhaftes Interesse für alle ärztlichen Standesfragen und Freude an ernstem und fröhlichen kollegialen Zusammensein hat Siemens stets veranlaßt, das ärztliche Vereinswesen zu pflegen. Er gründete den Lauenburger ärztlichen Verein und (gemeinsam mit seinem Freunde R. Krömer) den Verein nord-ostdeutscher Psychiater, der inzwischen eine sehr befriedigende Entwicklung genommen hat. Er war Vorsitzender des ärztlichen Regierungsbezirksvereins Köslin und lange Jahre Mitglied der Ärztekammer der Provinz Pommern, in welcher sein Wirken als Vorsitzender unvergessen ist. Mit besonderer Hingabe und mit großem Erfolg betätigte sich Siemens in unserem Deutschen Verein für Psychiatrie, dessen Vorstand er seit dem Jahre 1896 angehört. Bedeutungsvolle Fragen hat er hier gefördert. Die Teilnehmer unserer Versammlungen werden sich der großen Reihe von lichtvollen, von ihm vorgetragenen Referate erinnern, wobei der Vortrag des packenden Redners oft vom Beifall der Zuhörer unterbrochen wurde. In bewegten Kampftagen sprach Siemens 1893 ebenso zündend wie erschöpfend über „Psychiatrie und Seelsorge". Spätere Referate behandelten die Reform des Irrenwesens in Deutschland — Vorschläge zur Wärterfrage — den Rechtsschutz der Ärzte gegen Angriffe in der Presse — den Nachwuchs der psychiatrischen Anstalten. In frischem Gedächtnis ist noch sein Vortrag über die Errichtung eines biologischen Forschungsinstituts über die körperliche Grundlage der Geisteskrankheiten. Die Anregungen, welche Siemens in diesem Vortrag gab, haben infolge besonders glücklicher Umstände bald in dem Deutschen Forschungsinstitut für Psychiatrie greifbare Gestalt gefunden. So wurde ihm zur Zeit als er aus seiner Anstaltstätigkeit schied, noch ein schöner Erfolg zuteil, dessen weiteren Auswirkungen wir mit Spannung entgegensehen.

Seit dem Sommer 1916 lebt Siemens in Stettin. Er ist wie früher als Mitglied des Medizinalkollegiums von Pommern tätig und folgt allen Vorgängen auf psychiatrischem Gebiet mit wärmstem Interesse, wie er ja auch als Vorstandsmitglied des Deutschen Vereins für Psychiatrie unseren Standesangelegenheiten ein treuer Hüter geblieben ist.

Möge uns der verehrte Kollege, auf dessen umfassende Tätigkeit wir dankbar zurückblicken, noch lange in Rüstigkeit und Frische erhalten bleiben!

Eduard Kerris †.

Ein Nachruf.

Am 3. November 1918 ist Eduard Kerris mitten aus der Arbeit heraus infolge der Grippe, die er sich bei der Fürsorge für seine Kranken zugezogen hat, für immer von seinem Wirkungskreis geschieden. Am Tage vor dem Umsturz in Deutschland standen wir Ärzte der Rheinprovinz an seiner Bahre. Die edlen Vorzüge seiner liebenswürdigen Persönlichkeit wurden von Herrn Direktor Orthmann zum Ausdruck gebracht, ebenso der Wunsch, daß das Lebenswerk des Verstorbenen nicht mit ihm dahingehen möge. Der Gedanke, für den er von früh bis spät wirkte und für den er rastlos seine ganze Kraft einsetzte, steht uns menschlich sowohl wie insbesondere ärztlich so nahe, daß es notwendig erscheint, in dieser Zeitschrift noch einmal davon zu reden, zumal Kerris seine Arbeiten zum großen Teil hier und in der „Irrenpflege" veröffentlicht hat.

Eduard Kerris wurde geboren am 17. März 1863 in M.-Gladbach als Sohn des Arztes Dr. Eduard Kerris. Er studierte Medizin in Bonn und trat am 1. April 1889 in den Dienst der rheinischen Provinzialverwaltung. Er war an den Anstalten in Merzig, Andernach, Galkhausen und Johannistal tätig. Wie sich auch aus seinen Veröffentlichungen ergibt, hat er in jüngeren Jahren noch die zwangsmäßige Behandlung der Geisteskranken miterlebt. Seine warmherzige Liebe für die ihm anvertrauten Kranken sowie sein durchdringendes wissenschaftliches Verständnis für das Wesen der Gehirnkrank-

heiten, aber auch für seelische Zustände überhaupt war der empfänglichste Boden für die neuen Anregungen der möglichst freien, zwanglosen Behandlung der Geisteskranken. Er hat in jenen Jahren des beginnenden „no restreints" unermüdlich im Pflegedienst mitgearbeitet, die schwierigsten und gefährlichsten Kranken aus der Zelle heraus an das gesittetere Gemeinschaftsleben im Wachsaal angewöhnt, ihnen ihre üblen Angewohnheiten unter mancherlei Gefahren und trotz aller Mißerfolge abgewöhnt und so sein reichliches Teil dazu beigetragen, die jetzt allgemein durchgeführte Krankensaalbehandlung und freie Behandlung durchzuführen.

Sobald dieses Ziel erreicht war, ging er aber weiter und stellte schließlich als erreichbares Endziel einer fortgeschritteneren Irrenpflege hin den ruhigen Verlauf der Geisteskrankheiten in den Anstalten. Dabei sollte die ruhige, mehr traumhafte Verlaufsweise der Geisteskrankheiten erreicht werden durch Fernhalten aller erregenden Einflüsse von außen sowie durch die beruhigende Wirkung einer liebevoll fürsorglichen, unerschütterlich freundlichen Umgebung, die er für den Kranken zu schaffen suchte. Auf diese Weise sollten selbst Arzneien, Bäder und Packungen überflüssig werden.

In seinen verschiedenen Veröffentlichungen versuchte er nun die Richtung anzugeben, nach der sich alle Versuche zur Erzielung eines ruhigen Ablaufs der Geisteskrankheiten bewegen müssen (Verzeichnis der Veröffentlichungen siehe unten). Auf seiner Abteilung ist es ihm gelungen, mit Hilfe eines verständnisvollen Pflegepersonals seine Gedanken in die Tat umzusetzen und die Richtigkeit seiner Überlegungen in hohem Grade zu beweisen. Für sich, in seinem Wirkungskreis, hat er sein Ziel erreicht und war von vorwiegend ruhigen, freundlichen oder stillverträumten Kranken umgeben. Das willige Personal war keineswegs überangestrengt oder unfähig, die hohen Anforderungen an Takt und feinfühliges Verständnis dem einzelnen Kranken gegenüber zu erfüllen, sondern die angenehme Art des Dienstes wurde bald in dankbarer Weise anerkannt. Freilich mußte vom Personal oft das Unmögliche verlangt werden, um das Mögliche zu erreichen, und mancher Pfleger erwies sich infolge geringen Verständnisses oder fehlenden Willens als unbrauchbar für die hier angestrebten Zwecke.

Die Einwendungen gegen so weitgehende Reformpläne liegen zahlreich auf der Hand und Schwierigkeiten erheben sich auf Schritt und Tritt. Grundsätzlich ist ja die Reizwirkung der Affekte durch Übertragung von Mensch zu Mensch schon in der Gesundheitsbreite bekannt. Die hieraus entspringenden Störungen treten um so mehr hervor, wenn diejenigen seelischen Kräfte versagen, die das taktvolle, friedliche, glückliche Leben der Menschen untereinander sicherstellen (Taktlosigkeit, geringe religiöse oder sittliche Selbsterziehung des Einzelnen, Unduldsamkeit, Ermüdung, Neurasthenie, impulsives oder cholerisches Temperament). Wenn wir uns ausdenken, welche Summe von fortgesetzter sittlicher Kraft dazugehört, das Zusammenleben mit schwierigen Charakteren und gar mit Psychopathen und Geisteskranken vor Zusammenstößen gesichert, sozusagen „im ruhigen Fahrwasser" zu erhalten, wie fein und unwägbar oft die seelischen Äußerungen sind, mit denen man andere, empfindliche Menschen mißstimmen oder reizen kann, so möchte man an einer Anwendung derartiger Gesichtspunkte auf die allgemeine Irrenpflege verzweifeln. Gibt man sich trotzdem in sicherem Optimismus an diese schwierige Aufgabe, so kann man einen deutlichen Erfolg nur erreichen durch die suggestive Gewalt der eigenen Persönlichkeit und dadurch, daß man sich Pfleger heranbildet, die in Abwesenheit des Arztes ebensolche suggestiv sicher wirkende Persönlichkeiten darstellen. Die Tatsache als solche, daß sich bei Geisteskrankenabteilung durch den Arzt und seine Gehilfen die allerverschiedensten Umgebungswirkungen („Milieuwirkungen") erzielen lassen, ist jedem erfahrenen Irrenarzt geläufig. Die von Kerris vorgeschlagene Umgebungswirkung muß schon aus allgemein menschlichen Gründen ungemein wohltuend berühren. Der Wert seiner in den Veröffentlichungen gegebenen Vorschläge wird von Ärzten, die über die Schwierigkeiten hinweg in den Kernpunkt der aufgerollten Frage vorurteilslos eindringen, zweifellos mehr und mehr gewürdigt worden sein. Kerris selbst hat an einer Stelle ausgesprochen, daß sein erstrebtes Ziel sehr weitgesteckt ist, daß er aber gezwungen war, seine Ansicht recht scharf, ja anscheinend übertrieben zum Ausdruck zu bringen. Er war der Überzeugung, daß man auf dem von ihm angegebenen Wege nur dann sehr weit kommen könne, wenn man in dieser Richtung von sich selbst und dem Personal sehr viel, ja das scheinbar Unmögliche verlange. Er selbst pflegte jede einzelne sich ergebende Schwierigkeit eingehend an Ort und Stelle zu untersuchen und am Krankenbett die in Betracht kommenden besonderen Verhältnisse des Einzelfalles gemeinsam mit den Pflegern zu studieren, um immer wieder daraus Neues zu lernen und zu lehren, zu dem wichtigsten Kapitel des „richtigen Umganges mit

Geisteskranken" und zur „Erzielung eines ruhigen Verhaltens der Geisteskranken".

Leider hat Kerris zu Lebzeiten nur selten Zustimmung oder Bestätigung seiner Erfahrungen erhalten. Es darf aber angenommen werden, daß auch anderwärts die Irrenpflege in viel größerem Umfang, als er selbst erfahren hat, Fortschritte so wie er es sich dachte gemacht hat und sie in der Folgezeit noch machen wird. Er selbst hat seine Lebenskraft in einer seltenen Weise für diesen Fortschritt aufgebraucht und ist inmitten dieser Arbeit von uns dahingegangen. Mit den Fortschritten der neuzeitlichen Irrenpflege wird sein Name unvergänglich verknüpft bleiben.

Ehre seinem Andenken!

Näheres über die Kerrisschen Anregungen findet sich in folgenden Veröffentlichungen, auf deren Inhalt oben nicht genauer eingegangen werden konnte:

Beitrag zum „no restreint". Psych.-Neurol. Wochenschrift 1905 Nr. 15.

Zum Umgang mit Geisteskranken. Irrenpflege 1905 Jahrg. IX Nr. 9.

Über das Tragen erregter Kranker. Irrenpflege 1905 Jahrg. IX Nr. 11.

Weiteres über Maßnahmen an widerstrebenden Kranken. Irrenpflege 1906 Jahrg. X Nr. 3.

Über die Gewalttätigkeit der Geisteskranken. Irrenpflege 1906 Jahrg. X Nr. 7.

Weiteres über den Umgang mit den Kranken. Irrenpflege 1906 Jahrg. X Nr. 8.

Zum Pflegerunterricht. Psych.-Neurol. Wochenschrift 1908-09 Jahrg. X S. 153 ff.

Zur Behandlung der Unruhe der Geisteskranken. Psych.-Neurol. Wochenschrift 1911 Jahrg. XII Nr. 42.

Der Umgang mit Verwirrten. Psych.-Neurol. Wochenschrift 1912 Jahrg. XIII Nr. 51 und 52.

Vorschriften zur Erzielung eines friedlichen und ruhigen Verhaltens der Geistenskranken. Selbstdruck für den Dienstgebrauch der Pfleger, Anstalt Johannistal.

Oberarzt Dr. Hermann.

Ruhrschutzimpfung in der Irrenanstalt.

Von Dr. **Alfred Fickler**, Obrawalde.

Vor dem Kriege eine zwar sehr ungern gesehene, aber, da ihr meist nur körperlich Sieche erlagen, relativ wenig gefährliche Krankheit, ist die Ruhr während des Krieges eine Geißel vieler Irrenanstalten geworden. Die Ernährungsschwierigkeiten machten die üblichen Maßnahmen gegen ihre Ausbreitung mehr oder weniger unwirksam und die Erkrankten derart wenig widerstandsfähig gegen die Seuche, daß die Sterblichkeit einen vorher nie gekannten Prozentsatz erreichte. Immer dringender wurde daher das Bedürfnis nach einer wirksamen Maßnahme zur Bekämpfung der Ruhr, ein Bedürfnis, das sich auch beim Heer in hohem Grade geltend machte. Nach den Erfahrungen bei Typhus und Cholera wurde auch bei der Ruhr der Schutz gegen die Ansteckung in der aktiven Immunisierung gesucht; mehrere Ruhrschutzimpfstoffe wurden angegeben, von denen der Böhnkesche Impfstoff Dysbakta bisher wohl die weiteste Verbreitung gefunden hat. Ob er in Irrenanstalten angewandt worden ist, ist mir nicht bekannt. Bereits mehr als ein Jahr, bevor die erste Veröffentlichung über diesen Impfstoff erschien, habe ich in der hiesigen Irrenanstalt eine aktive Immunisierung sämtlicher Kranken mit dem von Ditthorn und Löwenthal angegebenen Impfstoff (Dtsch. med. Wschr. 1917) durchführen lassen und diese Impfungen, zuletzt in etwas abgeänderter Form, bis jetzt weitergeführt. Der Erfolg scheint ein derart günstiger zu sein, daß die gemachten Erfahrungen von allgemeinerem Interesse sein und eine kurze Besprechung rechtfertigen dürften.

In Obrawalde trat die Ruhr in etwas größerem Umfange zuerst im Jahre 1911 auf und hat seitdem niemals gänzlich aufgehört. Während der Kriegsjahre stieg die Zahl der Erkrankungen und besonders der Todesfälle an Ruhr mehr und mehr an; es waren zu verzeichnen:

1914:	45 Erkrankungen,	8 Todesfälle,
1915:	77 „	32 „
1916:	60 „	33 „
1917:	122 „	66 „ .

Die Zahl der Erkrankungen war also 1917 gegenüber 1914 um fast das Dreifache, die Zahl der Todesfälle um mehr als das Achtfache gestiegen.

1914 bis 1915 untersuchte ich ungefähr ein Jahr lang sämtliche Durchfälle, die in der Anstalt auf-

traten, ruhrverdächtige und unverdächtige, im ganzen 212 auf Ruhrbazillen und konnte diese 48 mal nachweisen, und zwar 43 mal den Typus y, dreimal Flexner und zweimal Atypische. Späterhin, 1916 und 1917, wurde ausschließlich y gefunden.

Da die gewöhnlichen Maßnahmen der Isolierung und Desinfektion die weitere Ausbreitung der Ruhr nicht hinderten, und das Auffinden der Bazillenträger eine unsichere Sache ist, versuchte ich die Ruhr zunächst dadurch einzudämmen, daß ich die Kranken mit positivem Ruhrvidal von den anderen absonderte. Obwohl ich mir bewußt war, daß dadurch nicht alle Träger der Ansteckung unschädlich gemacht würden, schien mir diese Maßnahme doch mehr Erfolg zu versprechen als das Auffinden der Bazillenträger. Sie scheiterte aber daran, daß sich im Verlauf der Untersuchungen ein positiver Ruhr-Widal fast bei der Hälfte der Kranken herausstellte.

Da die Versuche mit passiver Immunisierung wenig aussichtsvolle Resultate ergeben hatten, blieb nur übrig, es mit der aktiven Immunisierung zu versuchen, wenn man nicht gegenüber der Ausbreitung der Seuche die Hände in den Schoß legen wollte. Diese aktive Immunisierung wurde in den Jahren 1916 und 1917 mit dem Impfstoff von Ditthorn und Löwenthal vorgenommen, welcher Shiga-Kruse- und Pseudodysenterie-Bazillen enthält. Über das Ergebnis dieser Impfungen habe ich in der Münch. med. Wschr. 1917 berichtet; hier sei nur soviel wiederholt, daß eine Schutzwirkung des Impfstoffes zwar unverkennbar erschien, diese aber nur etwas über zwei Monate anhielt.

Bei diesen Schutzimpfungen mit dem Ditthorn-Löwenthalschen Impfstoff hatte ich den Eindruck gewonnen, daß die Schutzwirkung um so besser war, je höher die Dose gewählt wurde. Als höchste Dose hatte ich ca. 1/11 Öse Pseudo-Dysenteriebazillen gegeben. Wenn auch höhere Dosen sich nach Mitteilung von Ditthorn und Löwenthal als unschädlich herausgestellt hatten, so waren doch die Reaktionen schon bei meiner Dosierung nicht ganz unerheblich, und ihre Steigerung bei wesentlicher Erhöhung der Dose erschien nicht unmöglich. Da die Reaktionen aller Wahrscheinlichkeit nach vor allem dem Gehalt an Shiga-Kruse-Bazillen zuzuschreiben waren, bei der Obrawalder Ruhrendemie Shiga-Kruse aber überhaupt nicht vorhanden war, ersuchte ich das Serum-Institut Brahn in Öltschau bei Leipzig, welches den Ditthorn-Löwenthalschen Impfstoff herstellt, einen Ruhrimpfstoff nach der gleichen Methode, aber ohne Shiga-Kruse-Bazillen, anzufertigen. Auf Anregung des genannten Instituts wurden dann dazu die von der Obrawalder Endemie gewonnenen Bazillen selbst verwandt und ein Impfstoff hergestellt, der im ccm 0,3 Öse = 0,67 mg Obrawalder Ruhrbakterien enthielt; sein Gehalt an Pseudo-Dysenteriebazillen betrug etwa das Fünffache des verwandten Ditthorn-Löwenthalschen Impfstoffes.

Mit diesem Obrawalder Ruhrimpfstoff wurden Mitte Februar bis Anfang März 1918 sämtliche Kranken, soweit sie sich nicht weigerten oder die Impfung aus anderen Gründen (fieberhafte Erkrankung usw.) ausgesetzt wurde, geimpft. Die Impfung erfolgte dreimal in Abständen von je einer Woche und in Dosen von 0,5 bis 1,0 und 1,0 ccm; injiziert wurde tief subkutan in die Brust oder zwischen die Schulterblätter, abwechselnd rechts und links. Geimpft wurden 570 Personen, 65 blieben ungeimpft. Die Reaktionen, die infolge der einzelnen Impfungen auftraten, waren noch wesentlich geringer, als sie es bei den Impfungen mit dem Ditthorn-Löwenthalschen Originalimpfstoff gewesen waren. Wo überhaupt Reaktionen sich zeigten, beschränkten sie sich auf lokale Rötungen, geringe Infiltrationen und Schmerzen in der Umgebung der Impfstelle; sie stellten sich am Tage nach der Impfung ein und waren fast ausnahmslos nach Ablauf eines Tages geschwunden. Erhöhte Temperaturen zeigten sich bei etwa 25 v. H. der Geimpften, Temperaturen über 38° nur bei 7 bis 9 v. H. (s. Tabelle). Die Temperaturerhöhung hielt in den allermeisten Fällen nur einen Tag an; wo sie mehrere Tage bestand, handelte es sich fast ausnahmslos um Kranke, die an Lungentuberkulose litten oder bei denen in den folgenden Monaten Lungentuberkulose nachweisbar wurde.

Fiebertabelle.

Zahl der Geimpften 570.

I. Impfung.

37,3—37,9: 97. 38—39,9: 46. 39 und darüber: 6.

II. Impfung.

37,3—37,9: 79. 38—39,9: 41. 39 und darüber: 6.

III. Impfung.

37,3—37,9: 75. 38—38,9: 35. 39 und darüber: 7.

In den ersten Wochen des Jahres 1918 und noch während der Impfung waren fünf Neuerkrankungen an Ruhr aufgetreten; in den Monaten nach Ab-

schluß der Impfung trat nur im April noch eine Neuerkrankung auf, und zwar handelte es sich um eine sehr schwächliche Frau, die an einem Depressionszustand litt. Sie war geimpft; trotz ihres schlechten Ernährungszustandes genas sie von der Ruhr. Im übrigen blieb die Anstalt in den für Ruhrerkrankungen so gefährlichen Frühjahrsmonaten gänzlich frei von Neuinfektionen.

Die Erfahrungen früherer Jahre hatten ergeben, daß die Ruhrinfektionen außer im Frühjahr sich im Spätsommer zu häufen pflegten. Da der Schutz bei den Impfungen mit dem Ditthorn-Löwenthalschen Original-Impfstoff nur etwa zwei Monate angehalten hatte, wurden, um die Schutzwirkung zu erneuern, sämtliche Kranke mit den gleichen Ausnahmen wie bei der Februar-März-Impfung im Juli 1918 einer Nachimpfung unterzogen, und zwar diesmal analog den Typhus- und Choleraimpfungen nur einer Impfung mit der höchsten Dose der Februar-März-Impfung. Es wurden 510 Kranke geimpft, 98 blieben ungeimpft. Die Reaktionen waren die gleichen wie im Februar-März. Fieber trat etwas häufiger auf; es wurden festgestellt Temperaturen von 37,3 bis 37,9° bei 90 — 38 bis 38,9° bei 59 — 39° und darüber bei 15 Kranken; hinsichtlich der Dauer und Höhe des Fiebers wurde das gleiche wie bei der Frühjahrsimpfung beobachtet.

Im Spätsommer und Herbst erkrankte Ende August ein männlicher Kranker an der Ruhr. Er war geimpft; trotz seines körperlich recht elenden Zustandes nahm aber die Ruhr einen ziemlich leichten Verlauf und ging in Genesung aus.

Die beiden erwähnten Ruhrerkrankungen sind die einzigen, die seit Abschluß der Frühjahrsimpfung 1918 in Obrawalde auftraten, und nachdem jetzt (Ende Oktober) die für Ruhr gefährlichsten Monate vorüber sind, ist zu hoffen, daß die Anstalt auch während der noch folgenden Monate des Jahres frei von Neuinfektionen bleiben wird. Wenn man dem gegenüber den Zustand in den vorhergehenden Kriegs- und Friedensjahren vergleicht, so ist der jetzige Gesundheitszustand hinsichtlich der Ruhr als glänzend zu bezeichnen.

Erwähnen muß ich noch, daß auch sämtliche neu aufgenommenen Kranken unmittelbar nach ihrer Aufnahme der Schutzimpfung nach Art der wurden; eine einmalige Nachimpfung wurde an Februar-März-Impfung unterzogen ihnen gegebenen Falles frühestens nach zwei Monaten vorgenommen.

Ist nun der günstige Gesundheitszustand hinsichtlich der Ruhr während des Jahres 1918 als eine Folge der Schutzimpfung anzusehen, oder ist er anderen Umständen zuzuschreiben?

In erster Linie ist bei Erörterung dieser Frage die Ernährung in Betracht zu ziehen. Mangelhafte Ernährung führt zwar an sich nicht zur Ruhr, ist aber auf die Schwere und Dauer der Ruhrerkrankungen sicher von wesentlichem Einfluß und vergrößert dadurch die Infektionsmöglichkeit. Die Ernährung war 1918 zwar besser wie im dritten Kriegsjahr, aber nicht besser wie im ersten und zweiten und stand hinter der während der Friedensjahre wie überall erheblich zurück. Trotzdem war die Zahl der Ruhrerkrankungen während der letzten Friedensjahre und während der ersten beiden Kriegsjahre ganz unvergleichlich höher wie 1918, so daß man den Grund zum Rückgang der Ruhrerkrankungen nicht in der Ernährung wird suchen können.

Desinfektions- und Absonderungsmaßregeln waren in allen Jahren die gleichen.

Geringer wie in den anderen Jahren war 1918 die Fliegenplage. Diesem Umstand wird man von vornherein bei Erörterung der in Rede stehenden Frage nicht jede Bedeutung absprechen können. Die Menge der Fliegen war aber auch in anderen Jahren nicht immer gleich groß; sodann traten in den gänzlich fliegenlosen Monaten Januar und Februar 1918 fünf neue Ruhrerkrankungen auf und erst nach Abschluß der Impfung hörten sie so gut wie gänzlich auf. Die Sanierung der Anstalt dürfte daher auch auf die geringere Fliegenplage nicht zurückzuführen sein.

Man könnte noch an eine Abschwächung der Virulenz der Bakterien oder an Grundwasserverhältnisse denken, die das fast völlige Verschwinden der Seuche hervorgerufen hätten. Über die Abschwächung der Virulenz ist schwer zu diskutieren; das Grundwasser stieg in den ersten Kriegsjahren bis 1916 erheblich an, während der Jahre 1917 und 1918 war es in ständigem Fallen. Da die Zahl der Ruhrerkrankungen 1915 erheblich anstieg, 1916 etwas fiel, um 1917 ihren höchsten Stand zu erreichen, so fällt ihre Zu- und Abnahme in keiner Weise mit dem Steigen und Fallen des Grundwassers zusammen.

Für die Schutzwirkung der Impfung dagegen spricht das fast völlige Aufhören der Endemie mit Abschluß der Impfung, obwohl noch während der Impfung meh-

rere Ruhrfälle aufgetreten waren; sodann der leichte Verlauf der beiden Erkrankungen, die nach Abschluß der Impfung bei körperlich heruntergekommenen Individuen sich einstellten, nach den Erfahrungen früherer Jahre wäre bei ihnen ein tödlicher Ausgang zu erwarten gewesen.

Daß die Ruhrbazillen in Obrawalde nicht ausgestorben waren und die Gelegenheit zu Infektionen vorhanden war, zeigte außer diesen beiden Erkrankungen das Auffinden von Ruhrbazillenträgern gelegentlich von Stuhluntersuchungen aus anderen Gründen.

Ich glaube nach alledem, daß man nicht fehl gehen wird, wenn man als Grund der Sanierung der Anstalt die Ruhrschutzimpfung ansieht.

Über die Dauer der Schutzwirkung lassen sich bei den bisherigen Erfahrungen keine Angaben machen; sie scheint aber größer zu sein als bei den Impfungen mit dem Ditthorn-Löwenthalschen Originalimpfstoff.

Hinsichtlich der Nebenwirkungen der Impfungen ist noch hervorzuheben, daß sie außer bei Tuberkulösen keinen schädlichen Einfluß auf die Gesundheit ausübten; eine Verschlimmerung der Tuberkulose durch die Impfung ist zwar ebenfalls nicht sicher festgestellt worden, die hohen Temperaturen und das länger anhaltende Fieber auch bei vorher nicht fiebernden Kranken scheint mir aber dafür zu sprechen, daß die Impfung für die Tuberkulose nicht gleichgültig ist und daher bei diesen Kranken besser unterbleibt.

Eine ähnliche Sanierung wie hier ist in der Anstalt Dösen durchgeführt worden, soviel ich unterrichtet bin, ebenfalls mit einem Impfstoff, der nach der Methode von Ditthorn-Löwenthal aus den Ruhrbazillen der Dösener Endemie hergestellt war. Krekeler hat darüber in dieser Zeitschrift (Nr. 15-18 1918) berichtet. Der Erfolg dieser Impfung ist anscheinend nicht ganz so günstig gewesen wie hier: von 142 Geimpften erkrankten, wenn ich den Verfasser recht verstehe, nach Abschluß der Impfung 5 an Ruhr; einer von diesen starb, die übrigen zeigten nur leichte Krankheitserscheinungen und genasen. Da nach den bisherigen Erfahrungen bei Ruhr-, Typhus- und Choleraimpfungen der volle Impfschutz erst einige Tage bis Wochen nach Abschluß der Impfung eintritt, scheiden möglicherweise noch einige von den fünf Erkrankten bei der Beurteilung der Schutzwirkung aus. Jedenfalls ist auch Krekeler von der guten Wirkung der Schutzimpfung überzeugt.

Ich stehe nach alledem nicht an, dort wo Ruhrerkrankungen in größerem Umfange auftraten, die Sanierung der Anstalt durch aktive Immunisierung zu empfehlen und fasse die wichtigsten Punkte des hiesigen Vorgehens nochmals kurz zusammen:

Herstellung eines Impfstoffes aus den Bakterien der in der Anstalt herrschenden Endemie nach der Methode von Ditthorn und Löwenthal in einer Stärke von 0,3 Öse auf den Kubikzentimeter.

Zweimalige Impfung im Jahre derart, daß die Impfungen etwa zwei Wochen vor den Hauptinfektionszeiten der Ruhr abgeschlossen sind (Februar-März und Juli).

Erste Impfung in drei Terminen und einwöchigen Zwischenräumen in Dosen von 0,5 bis 1,0 bis 1,0 ccm, tief subkutan in Brust oder Rücken. Bei der zweiten Impfung einmalige Injektion von 1,0 ccm.

Geimpft werden: 1. Bei der Frühjahrs- und Hochsommerimpfung sämtliche Kranke mit Ausnahme der Tuberkulösen und anderweit fieberhaft Erkrankten. 2. Sämtliche neu aufgenommenen Kranken unmittelbar nach der Aufnahme; Nachimpfung dieser Kranken nicht vor Ablauf von zwei Monaten nach der ersten Impfung.

Zur gegenwärtigen Lage der Anstalten.

Die gewaltigen Umwälzungen der letzten Wochen haben auch für uns Anstaltsärzte eine Reihe von Veränderungen gebracht, welche man noch vor wenigen Wochen für unmöglich gehalten hätte, und die unsere wirtschaftliche Existenz aufs tiefste berühren. Es ist deshalb dringend nötig, daß wir uns darüber klar werden, wie wir der Neuordnung gegenüber treten.

Als lebenslänglich angestellte und pensionsberechtigte Ärzte haben wir uns bisher im Besitz einer gesicherten Existenz geglaubt. Nun schweben wir, wie alle Beamte, in der Unsicherheit, ob die neuen Herren unsere alten Anstellungsbedingungen als gültig anerkennen und übernehmen werden. Eine Reihe von Staaten wird verschwinden, und neue Verwaltungseinheiten werden entstehen. Als eifriger Verfechter des Großbetriebes wird der Sozialismus die kleineren Irrenanstalten auflösen und sie zu größeren zusammenlegen. Auch die Provinzialgrenzen werden sich verschieben (z. B. Berlin-Brandenburg), und bei den Vermögensauseinandersetzungen werden größere Irrenanstalten von einer Hand in die andere wechseln. Was wird mit den beteiligten Ärzten geschehen? Man muß sogar damit rechnen, daß ganze Länder aus dem Deutschen Reiche ausscheiden; die deutschen Anstaltsärzte werden voraussichtlich vertrieben werden, und müssen in deutsche Anstalten übernommen werden.

Wahrscheinlich wird auch der innere Dienst sich der neuen Lage anpassen müssen. Mit dem Obrigkeitsstaat wird auch die bisherige Rangordnung fallen, und unsere Stellung nach oben wie nach unten sich anders gestalten. Während bisher jedes gemeinschaftliche Auftreten einer Beamtenklasse verpönt war, werden wir jetzt überall zur Wahl von Beamtenausschüssen befohlen, zu denen der Anstaltsarzt sowohl das aktive wei das passive Wahlrecht hat.

Es fragt sich nun, welche Änderungen nur vorübergehend sind und mit welchen Errungenschaften wir dauernd zu rechnen haben. Mit dem alten Obrigkeitsstaat, wie er uns namentlich in den auf ständischer Grundlage beruhenden Provinzialverwaltungen entgegentritt, dürfte es für alle Zeiten vorbei sein. Zweifellos werden unsere vorgesetzten Behörden aus allgemeinen Wahlen hervorgehen und sozialdemokratisch gerichtet sein, und darauf müssen auch wir uns einrichten. Einzelne großstädtische Irrenanstalten waren bisher schon solchen stark nach links geneigten „Deputationen" unterstellt, aber man kann keineswegs behaupten, daß in ihnen die Stellung des Arztes eine würdigere als in den staatlichen oder provinzialen Anstalten gewesen wäre. Bei der bevorstehenden Politisierung müssen wir berücksichtigen, daß der Einzelne machtlos ist und nur als Glied einer Organisation zur Geltung gelangen kann.

Unser Interesse ist ein Doppeltes, einmal sind wir Beamte und zweitens Ärzte.

Als Beamte müssen wir uns die Grundlagen unserer materiellen Existenz sichern, d. h. die Ansprüche auf feste Anstellung und Ruhegehalt. Es ist dafür zu sorgen, daß unsere durch eine lange Reihe von Dienstjahren erworbenen Ansprüche nicht verloren gehen, wenn wir gezwungen werden, zu einer anderen Verwaltungsbehörde überzutreten. Wir müssen uns an die großen Verbände der Reichs-, Staats- und Gemeindebeamten anschließen, die das gleiche Interesse wie wir haben. Ein Verein von Akademikern genügt nicht, nur solche Organisationen vermögen Erfolge zu erringen, die eine imponierende Stimmenzahl aufbringen können.

Auch innerhalb des Anstaltsbetriebes wird unsere Stellung nicht unbestritten sein. Der Angestelltenausschuß ist ein Organ, in welchem wir unsere Wünsche nach oben hin vorbringen können, seine Tätigkeit kann sich aber auch einmal gegen uns wenden. Bei der Wahl zum Ausschuß wird nach der Kopfzahl abgestimmt, nicht nach Beamtengruppen. In praxi kann ein Arzt nur in den Ausschuß hineinkommen, wenn das Wart- und Wirtschaftspersonal sich entschließt, ihn hineinzuwählen; die Ärzte, auch mit den mittleren Beamten zusammen, vermögen aus sich heraus keinen Vertreter in den Ausschuß hineinzubringen. Im wesentlichen wird der Angestelltenausschuß eine Organisation des Wartpersonals darstellen. Wie weit werden seine Befugnisse reichen? Wird er nicht unter Umständen die Beseitigung eines mißliebigen Arztes verlangen können; oder werden sich bei Erörterung von Gehaltsfragen gleichmacherische Tendenzen zeigen? Bei Zwischenanstalten, z. B. Idioten- oder Fürsorgeerziehungsanstalten wird der Ausschuß unter Umständen auch die Frage, ob ein Arzt oder Verwaltungsbeamter an die Spitze der Anstalt kommen soll, vor sein Forum ziehen.

Zur Wahrung unserer besonderen ärztlichen Interessen müssen wir uns einer ärztlichen Berufsorganisation anschließen, d. h. an den von uns bisher arg vernachlässigten Leipziger Verband, vielleicht in der Form, daß dort eine Gruppe der beamteten Ärzte gebildet wird. Bisher konnte der L. V. nichts für uns tun, weil ein gewerkschaftlicher Zusammenschluß der beamteten Ärzte unzulässig war. Jetzt haben sich diese Verhältnisse von Grund aus geändert, hat doch sogar die Berufsorganisation der Berliner Richter und Juristen die Streikklausel in ihre Satzungen aufgenommen! Unser Zusammenschluß ist um so wichtiger, als eine sozialistisch orientierte Behörde — wenigstens wenn sie ihrem früheren Programm treu bleibt — nicht mit Einzelpersonen verhandelt, sondern nur mit organisierten Standesvertretern. Der L. V. stellt eine Macht dar, die sich manchem

der jetzigen Regenten, zur Zeit als er noch Krankenkassenvorstand war, fühlbar gemacht hat.

Von den politischen Parteien ist zu erwarten, daß die aus dem Trümmerfelde sich erhebenden bürgerlichen Parteien gleichmäßig die berechtigten Wünsche der Beamtenschaft vertreten werden. Bei den sozialistischen Parteien ist es aber durchaus fraglich. Jedenfalls dürfen wir Anstaltspsychiater uns nicht dem üblichen tatenlosen Dahindämmern ergeben; wir dürfen uns nicht damit begnügen, in unserer Zeitung den Lauf der Welt zu verfolgen, sondern müssen auf der Hut sein und jedes Mittel benutzen, um unsere Stellung zu wahren. Dr. Spliedt, Brandenburg.

(Geschrieben im November 1918.)

Zusatz der Redaktion.

Die Herren Anstaltsleiter und Kollegen werden dringend gebeten, ihre Ansichten und Erfahrungen über obige wichtigen Fragen recht bald in dieser Wochenschrift mitzuteilen. Daß uns die Berliner Richter und Juristen weder überhaupt noch hinsichtlich der Streikklausel maßgebend sind, darf wohl nicht besonders betont werden.

Referate.

— **Grundlinien der psychischen Behandlung.** Von Prof. Dr. A. Friedländer, Hohe Mark. Eine Kritik der psychotherapeutischen Methoden. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1918 Bd. 42 Heft 1-2.

Unter historisch-kritischer Einleitung wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, die einzelnen Methoden der Psychotherapie mehr als Zweige einer Methode, der psychischen Behandlung der ganzen Persönlichkeit des Kranken, aufzufassen. Die Nervenärzte, die es im Kriege an einem einseitigen und einförmigen Krankenmaterial geworden sind, sind, wie F. betont, noch lange keine eigentlichen Nervenärzte. Willensübung ist es, worauf es bei der Behandlung im wesentlichen ankommt. An einzelnen Fällen wird der Erfolg gezeigt. B.

— **Über den heutigen Stand der Lehre von der Rindenblindheit.** Von K. Goldstein. Referat. Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych. Sep.-Abdruck (ohne Jahreszahl).

Fehlen der Wahrnehmung der eigenen Blindheit entspringt der allgemeinen Hirnrindenstörung und ist nicht lokal bedingt (nach Redlich und Bonvicini, Neurolog. Zentralbl. 1911). Über die Örtlichkeit der Zerstörung bei Rindenblindheit sind wir noch völlig ungenügend orientiert; die Zerstörung geht in allen obduzierten Fällen weit über das engere Sehfeld hinaus auf das laterale Okzipitalhirn. Sektionsbefunde von doppelseitiger Hemianopsie ohne Orientierungsstörungen fehlen noch.

Buchbesprechungen.

— Fröschels, Dr. E.: Kindersprache und Aphasie. Heft 3 der Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten. Berlin 1918, S. Karger.

Verfasser versucht, wie er selbst im Vorwort sagt, an einer ausführlichen Schilderung der kindlichen Sprachentwicklung und ihren Hemmungen dem Verständnis mancher Aphasieformen näher zu kommen. In der Tat scheint der vom Verfasser eingeschlagene Weg nicht ganz ungangbar zu sein. In 21 Kapiteln werden folgende Einzelthemata behandelt: 1. Psychologische Einleitung. 2. Die Lehre von den transitiven Bewußtseinsinhalten. 3. Über den Vorgang des Satzes bei der inneren sprachlichen Formulierung der Gedanken. 4. Über die Frage nach der Identität von Denken und Sprechen. 5. Der Weg vom Denken zum Sprechen. 6. Über entwicklungsgeschichtliche Betrachtung der Sprache und ihrer Fehler. 7. Die erste sprachliche Epoche, das Schreien. 8. Das Lallen, das Auftauchen der sensorischen Komponente des Sprachmechanismus. 9. Über das Hörhirn und seinen Einfluß auf das Sprechen. 10. Die kindliche Echolalie, Einstellung und Hemmung, Echolalie. 11. Das Hören mehrerer gleichzeitig erklingender Töne. 12. Der Einfluß des Hörhirns auf die Spontansprache, „Motorische" Aphasie. 13. Das Auftreten der Spontansprache beim Kinde (Namengedächtnis). 14. Agrammatismus beim Kinde und beim Erwachsenen. 15. Die sogenannte transkortikale motorische Aphasie. 16. Die Satzbildung des Sprachanfängers. 17. Das Sprachverständnis des Sprachanfängers, Sensorische Aphasie. 18. Der Satz. 19. Die Lautbildung, Stammeln, Dysarthrie. 20. Stottern bei Kindern und bei Aphasie. 21. Therapie, Die Leitungsaphasie und die motorische Aphasie (Broca). In den Text sind 17 beobachtete Fälle eingeflochten. In zwei Anhängen finden einige Fälle noch besondere Beachtung.

Wern. H. Becker, Herborn.

— Herxheimer, K., und K. Altmann: Die Behandlung der Krankheiten der behaarten Kopfhaut. Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. Preis 1,50 M.

Sehr gute und bequeme Orientierung, die dem Praktiker bestens empfohlen sei. B.

— Meltzer: Leitfaden der Schwachsinnigen- und Blödenpflege. Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Ein sehr brauchbarer Leitfaden, aus dem die reiche Erfahrung des Verfassers in der Ausbildung des Pflegepersonals spricht. B.

— Anton, G.: Aus der ärztlichen Seelenkunde. Drei Vorträge für Ärzte, Lehrer, Erzieher. Berlin 1918, J. Springer.

Enthält Vorträge über: Macht des Geistes über den

Körper, geistige Wechselwirkung beim menschlichen Beisammensein, Psychologie der Masse, Volksvermehrung und Höherzüchtung. Besonders hingewiesen sei auf Antons Mahnung an die Tagespresse, S. 29 bis 33. (Wird noch in dieser Wochenschr. besprochen.) B.

— Giese: Deutsche Psychologie. 1. Band Heft 3 und 4. Langensalza 1916, Wendt & Klauwell.

Das Buch, für 6 M einzeln im Buchhandel erhältlich, enthält sechs Originalartikel. Zunächst entwickelt Anton (Über die Regulierung der arteigenen Entwicklung durch die Körperdrüsen und durch das Nervensystem) in anschaulicher Weise die modernen Anschauungen über innere Sekretion und die damit zusammenhängende Physiologie und Pathologie. Sodann sucht Messer (Kriegsfrömmigkeit) auf Grund von Feldpostbriefen und seiner reichen Erfahrung das religiöse Denken der deutschen Soldaten im Laufe dieser Kriegsjahre zu analysieren und in Einzelgruppen psychologisch zu erklären. Es folgt die Fortsetzung eines Aufsatzes von Österreich (Der Besessenheitszustand); die mitgeteilten Fälle haben für den Psychiater nur kasuistisches Interesse; der Artikel ist auch in diesem Hefte nicht beendigt, Fortsetzung wird angekündigt. Mehr fesselt uns schon die nun folgende Veröffentlichung von Hoesch-Ernst (Beitrag zur Psychologie der Schulkinder beim Betrachten von Bildern), behandelnd die Unterschiede im Verhalten und im Urteil beim Betrachten von Bildern bei Schulkindern einerseits und bei Erwachsenen andererseits, den Einblick, den man dadurch in die Ideenassoziation gewinnt, und den Unterschied, den man damit je nach Alter und Geschlecht wahrnimmt. Rein psychologisch-philosophisch gehalten ist alsdann ein Aufsatz von Klages (Geist und Seele. Psychologische Grundbegriffe), die Fortsetzung haben wir auch erst im nächsten Heft zu erwarten. Ebenso finden wir von dem letzten Aufsatz (Die Stellung der Schüler zu den Unterrichtsgegenständen), der von Kesselring stammt, nur den Anfang, der deshalb noch wenig Urteil gestattet. Auf 23 Seiten werden dann noch 43 Referate gebracht, von denen die letzten elf aus der okkultistischen Experimentalpsychologie stammen, wobei allerdings die Schriftleitung betont, daß „das Land des Okkultismus ein anderes ist als unseres". Zum Schluß finden wir auf den letzten Seiten dann endlich noch die Literaturangaben zu den sechs Originalien und drei Kurventafeln zu dem Aufsatz der Lucie Hoesch-Ernst.

Wern. H. Becker, Herborn.

— Naegeli: Unfalls- und Begehrungsneurosen. Neue deutsche Chirurgie 22. Bd. Stuttgart 1917, Enke.

Der Band ist dem Geheimrat Schultze in Bonn gewidmet, in welchem Verfasser den dezennienlangen Vorfechter der richtigen Auffassung der Unfallsneurosen sieht. Die Gegnerschaft zu den Oppenheimschen Anschauungen von der traumatischen Neurose ist damit von vornherein dokumentiert und gegen Oppenheim wird denn auch ausgiebig polemisiert, wie überhaupt ein gewisser streitbarer Charakter uns auf jeder Seite der Schrift entgegentritt. Verfasser beherrscht aber die gesamte einschlägige Literatur und weiß mit einer großen Überzeugungstreue die Leser auf seine Seite zu ziehen. Er sucht die Schuld für das Auftreten einer Unfallneurose lediglich bei dem Patienten und dessen Begehrungsvorstellungen. Und je ausgebreiteter die soziale Gesetzgebung, desto mehr ist auch die traumatische Neurose verbreitet. Alle körperlichen Symptome sind nichtssagend und wertlos. Ihr Vorhandensein zu konstatieren, ist für den Patienten meist schädlich, auch haben sie meist mit der traumatischen Neurose nichts zu tun, sonst sind sie Zeichen einer bestehenden hysterischen oder sonstigen abnormen Veranlagung. Die Prognose ist gut, wenn der Patient richtig behandelt wird. Dazu gehört Kapitalabfindung, Aufdeckung jeder Art von Simulation, zu der Verfasser auch die Aggravation restlos hinzurechnet, rasche Rechtsprechung bezgl. des Entscheids und Arbeitstherapie durch die Einstellung in den früheren Betrieb, „aber mit Vollohn, wobei Versicherung oder Genossenschaft dem Arbeitgeber die verminderte Leistung vergütet". Auch von der Psychotherapie hält Verfasser nicht viel.

Eine anregende Schrift, die oft zu Nachdenken und Rektifizierung gewohnter Anschauung zwingt, wenn man dem Verfasser auch nicht in alle Extreme zu folgen vermag. Wern. H. Becker, Herborn.

— Bolliger, A., Pfarrer von Neumünster (Zürich): Deutschlands letzte und größte Not. 3. Auflage. 11. bis 15. Tausend. Basel 1918, E. Finckh Verlagsbuchhandlung.

Eine Schrift, von der man wünschen möchte, daß sie nicht in Tausenden, sondern in Hunderttausenden von Exemplaren erschiene und überall verbreitet würde. B.

— Fischer, Cincinnati, M. H.: Diagnose, Prognose und Behandlung der Nephritis. 40 S. Dresden und Leipzig 1917, Verlag Theodor Steinkopff. 1,50 M.

F. führt Ödem, auch Gehirnödem, Urämie, auf Säurevergiftung zurück und verordnet intravenöse Infusion von

Natriumkarbonat „getrocknet" 8,4 g,
Natriumchlorid 2,8 g,
Destill. Wasser 2 l;

davon 1800 ccm in die Ellbogenvene innerhalb 50 Minuten. Wenn das nicht hilft, Magnesiumsulfat in steriler 2- bis 2,5 prozentiger Lösung in Mengen bis zu 8 g Salz, als erste Dosis 200 ccm, eventuell Wiederholung, außerdem Alkali- und Magnesiumsulfat zum Trinken, wenn der Kranke wieder zu sich gekommen. Er empfiehlt solche Behandlung auch bei Geistesstörungen, wo man Hirnödem voraussetzen könne, jedenfalls sei Versuch ungefährlich. B.

Therapeutisches.

— **Laudanon-Ingelheim.** Von Zahnarzt Weidner: Zahnärztl. Wochenschrift Nr. 7 vom 16. Februar 1918.

Bei plötzlich auftretenden Knochenhautentzündungen an den Kiefern, veranlaßt durch erkrankte Zähne oder Wurzeln, will die örtliche Betäubung nicht immer genügen. Die Leitungsanästhesie allein ist im Bereiche der Kiefer desgleichen nicht stets in der Lage, unter allen Umständen zum Ziele zu kommen; beide vereint sogar

lassen in etlichen Fällen zu wünschen übrig Dazu kommt, daß man nicht bei allen Krankheitserscheinungen die Leitungsanästhesie ausführen kann, wie beispielsweise bei einer kräftigen Ankylose des Kiefergelenks oder einem größeren Abszeß in der Gegend eines hinteren, unteren, großen Mahlzahnes.

Wo es sich insbesondere um Entfernung der großen unteren Zähne handelte, um akute oder subakute Periostitiden, um Apikalabszesse, kurz in allen denjenigen Fällen, bei denen man im Voraus schon mit der nicht genügenden Wirkung der rein örtlichen Betäubung rechnen konnte, wandte Verf. das Laudanon an. Besonders angenehm war es, dieses Opiumerzeugnis zur Hand zu haben, wenn es sich um Eingriffe bei Personen mit mehr oder weniger starken Depressionserscheinungen handelte. Letztere waren dann am häufigsten zu beobachten, wenn es sich um die Entfernung von von anderer Seite abgebrochenen Zähnen handelte.

Das Laudanon diente zur Sicherung des Erfolges bei Einspritzungen zur Erzielung der örtlichen Betäubung und endlich in einzelnen Fällen direkt als schmerzstillendes Mittel.

Daß das Laudanon hierzu wohl geeignet ist, ließ sich ohne weiteres annehmen. Literatur über Laudanon: Oertel (Münch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 13), bei Gebärenden mit Erfolg gegen den Wehenschmerz und den Schmerz bei der Geburt. Voll (Münch. med. Wochenschr. 1918 Nr. 50), zwei Fälle von eingeklemmtem Bruch. Hirsch (guter Erfolg bei Asthma bronchiale, Darmkoliken, Magenbeschwerden spastischer Art, Magenulkus mit Blutungen, Gallensteinkoliken, Herzkrankheiten. Herzkranke bei denen narkotisch wirkende Mittel angezeigt sind, vertragen Laudanon sehr gut) (Deutsch. med. Wochenschr. 1915 Nr. 53). Erlenmeyer (Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1916 Nr. 7-8). Schönbeck (Deutsche Zahnärztl. Zeitg. 1915 Nr. 37). v. Schröder, Untersuchungen über die pharmakologische Gruppe des Morphins (Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1883, 17, 96). Faust, Über kombinierte Wirkungen einiger Opiumalkaloide (Münch. med. Woch. 1912 Nr. 46).

Die Zusammensetzung des Laudanon selber ergibt sich aus der folgenden Aufstellung:

A. Tabletten zu 0,01 Laudanon:

Morphin	0,005 g
Narkotin	0,003 g
Codein	0,0005 g
Papaverin	0,001 g
Thebain	0,00025 g
Narcein	0,00025 g
	0,01000 g.

B. Eine Ampulle zu 0,02 g Laudanon:

Morphin	0,006	g
Narkotin	0,006	g
Codein	0,001	g
Papaverin	0,002	g
Thebain	0,0005	g
Narcein	0,0005	g
	0,02000	g.

Personalnachrichten.

— **Frankfurt a. M.** Prof. Dr. A. Friedländer, welcher von 1902 bis 1918 die Privatklinik Hohemark mit ausgezeichnetstem Erfolge geleitet und zu Weltruf gebracht hat, hat sich in Frankfurt a. M. als Facharzt für Nervenkranke niedergelassen. Die Klinik Hohemark ist wie hier seinerzeit berichtet wurde, in den Besitz der Stadt Frankfurt a. M. übergegangen und dient nur als Städtische Anstalt für Nervenkranke.

— **Hamburg.** Staatskrankenanstalt Friedrichsberg. Dr. med. Hans Rudolf Hermann Hermel ist als Volontärarzt hier eingetreten. — Dr. Friedrich Wilhelm Hammer, zuletzt Abtlgs.-Arzt in der II. Ers.-Abtlg. Feldartl. Regts. Nr. 45 ist als Volontärarzt angestellt worden.

Berichtigung.

In dem Aufsatze: Die Anstaltsaufnahmen usw. (Nr. 39/40) ist in Tab. IV auf S. 248 in Sp. 5 „Nr. 8. Posen" als Nr. 11 zu setzen.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. Nr. 45/46. 1918/19.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von
Geh. San.-Rat Prof. Dr. **K. Alt** Uchtspringe (Altmark), Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle, Chefarzt San.-Rat Dr. **Beyer**, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Sanitäts-Rat Dr. **Deiters**, Grafenberg, Sanitätsrat-Rat Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin), Medizinal-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer**, Frankfurt a. M., San.-Rat Dir. Dr. **Herting**, Galkhausen (Rhl.), Geh. Med.-Rat Dr. **Ilberg**, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), Dir. Dr. **Kluge**, Potsdam, Dir. Dr. **Lehmann**, Lindenhof, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R., Dir. Dr. **v. Olah**, Budapest, Prof. Dr. **A. Pilcz**, Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß**, Wien, Geh. Rat Prof. Dr. **E. Schultze**, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger**, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke**, Eglfing b. München, Prof. Dr. **H. Vogt**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 45/46. 15. Februar **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 60 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Die Dauer der Anstaltsbehandlung der Schizophrenen.

Von **L. Rähmi,** prakt. Ärztin in Zürich.

1905 hat Bleuler gezeigt,[1]) daß die frühen Entlassungen, die von manchen Anstalten, und zwar gerade von den besseren, vielleicht etwas zu sehr gefürchtet worden waren, im ganzen nur zu guten Resultaten führen und wesentlich zur Entlastung der Irrenpflege beitragen können. Die bisherigen Erfahrungen in der Heilanstalt Burghölzli zeigen, daß sie sich noch weiter in ungeahntem Maße steigern ließen, und es mag interessant sein, die Verhältnisse zu verfolgen.

In den letzten Jahren sind Arbeiten erschienen, die sich mit den „Entlassungen gegen Revers" beschäftigen und ebenfalls konstatieren wollen, daß man oft zu vorsichtig ist[2]). Es sei hier ausdrücklich festgestellt, daß die Entlassungen gegen Revers sich in keiner Weise mit denen decken, die nicht im Einverständnis mit den Anstaltsärzten geschehen. Entlassungen gegen den Willen der Ärzte kommen z. B. in der Heilanstalt Burghölzli nur sehr wenige vor. Wo die Ärzte entschieden dagegen sind, kommt es gar nicht so häufig zur Entlassung, weil es sich dann meist um Fälle handelt, die sich oder andern gefährlich werden können, und bei denen deshalb die Justizbehörden mitzusprechen haben. Da sind es dann die entscheidenden Beamtungen, die Bedingungen stellen und ev. die schriftliche Garantie für Überwachung oder Übernahme aller Verantwortlichkeit u. dgl. verlangen. Reverse werden von den Organen der Anstalt überhaupt verhältnismäßig wenige verlangt und gar nicht oft deshalb, weil die Ärzte von der Entlassung abraten müssen. Häufiger werden sie verlangt, wo die Patienten in gegenseitigem Einverständnis oder sogar auf Rat der Ärzte entlassen werden. Sie decken da nicht nur den Arzt, sondern sie haben den viel wichtigeren Zweck, die Familie darauf aufmerksam zu machen, daß **sie** eine Verantwortlichkeit zu üernehmen habe und verpflichtet ist, sich des Patienten, den sie herausholt, auch anzunehmen, und daß man darauf achtet, wie er behandelt wird.

Die Entlassungen (ohne die Todesfälle) betrugen in der Heilanstalt Burghölzli seit ihrer Eröffnung:

1870	?	1894	219
1871	?	1895	172
1872	229	1896	218
1873	221	1897	228
1874	218	1898	238
1875	223	1899	190
1876	207	1900	164
1877	203	1901	236
1878	233	1902	271
1879	182	1903	265
1880	173	1904	281
1881	198	1905	284
1882	220	1906	273
1883	182	1907	258
1884	223	1908	270
1885	258	1909	361
1886	219	1910	431
1887	241	1911	422
1888	232	1912	503
1889	190	1913	522
1890	220	1914	539
1891	197	1915	541
1892	213	1916	568
1893	203	1917	566

Wir sehen, daß sich die Zahlen bis 1900 nicht wesentlich ändern. Der Tiefstand, den die Aus-

[1]) Frühe Entlassungen. Psych.-neurolog. Wochenschrift 1905/06 Nr. 45.

[2]) Uhlmann, Vorzeitige Entlassungen aus der Heilanstalt. Psych.-neurol. Wochenschrift 1914 Nr. 5, 6 und 7.

tritte Ende der neunziger Jahre erreichen, ist der Ausdruck der Hilflosigkeit gegenüber der Anfüllung der Anstalt mit dauernd pflegebedürftigen Kranken. Die namentlich auf den unruhigen Abteilungen unerträgliche Überfüllung hinderte die Beruhigungen und Besserungen; frische Fälle konnten nur wenige aufgenommen werden, und so waren nur wenige Kranke da, die überhaupt entlassungsfähig werden konnten. Im folgenden Jahre gehen die Entlassungen plötzlich in die Höhe, halten sich dann mehrere Jahre auf dem erreichten Niveau, um von 1909 an plötzlich neuerdings anzusteigen bis in die Gegenwart (1918). Die erste Steigerung rührt zum Teil davon her, daß 1901 48 und 1902 35 Patienten in die erweiterte Pflegeanstalt Rheinau überführt werden konnten. Die Steigerungen übertreffen aber die Abschiebungen erheblich; 1901 und 1902 um je 24. Das kann nicht nur davon herrühren, daß die frei gewordenen Plätze durch frische Fälle ersetzt wurden, die rasch wieder anderen Platz machten. Natürlich wird das später etwas ausmachen, im Jahre 1901 aber kann das noch gar nicht in Betracht kommen, da die Versetzungen nach Rheinau erst gegen Ende des Jahres stattfanden. Außerdem sind in den vorhergehenden Jahren auch Patienten in die Pflegeanstalt gekommen, wenn auch nicht so viele. Leider geben die Jahresberichte über die Versetzungen in andere Anstalten ungenügende Auskunft; in einzelnen Jahren fehlen die betreffenden Zahlen ganz, in anderen sind die außerkantonalen Anstalten nicht von der kantonalen Pflegeanstalt unterschieden. In die letztere kommen nur Kantonsbürger, in die übrigen fast nur Außerkantonale. Soweit festgestellt werden konnte, wurden versetzt:

1872 nach Rheinau 24.
1873 nach Rheinau 24.
1874 nach Rheinau 6.
1877 nach Rheinau 16.
1880 nach Rheinau 30.
1881 nach Rheinau 21, in andere schweiz. Anstalten 8, in ausländische Anstalten 9, zus. 38.
1882 nach Rheinau 42, sonst exmittiert 26, ins Ausland 19, zus. 87.
1883 nach Rheinau 20.
1884 nach Rheinau 13.
1885 nach Rheinau 21.
1886 nach Rheinau 20, andere schweiz. Anstalten 14, ausländische Anstalten 10, zus. 44.
1887 Rheinau 20, andere Anstalten 31, zus. 51.
1888 Rheinau 17, andere Anstalten 20, zus. 37.
1889 Rheinau 15, andere Anstalten 16, zus. 31.
1890 Rheinau 11, andere Anstalten 26, zus. 37.
1891 in andere Anstalten 26.
1892 in andere Anstalten 30.
1893 in andere Anstalten 24.
1894 in andere Anstalten 32.
1895 in andere Anstalten 28.
1896 in andere Anstalten 33.
1897 in andere Anstalten 44.
1898 Rheinau 16, andere schweiz. Anstalten 32, ausländische Anstalten 14, zus. 62.
1899 Rheinau 15, andere schweiz. Anstalten 22, ausländische Anstalten 5, zus. 42.
1900 Rheinau 8, andere schweiz. Anstalten 23, ausländische Anstalten 7, zus. 38.
1901 Rheinau 48, andere schweiz. Anstalten 30, ausländische Anstalten 6, zus. 84.
1902 Rheinau 35, andere schweiz. Anstalten 35, ausländische Anstalten 11, zus. 81.
1903 Rheinau 12, andere schweiz. Anstalten 35, ausländische Anstalten 10, zus. 57.
1904 Rheinau 11, andere schweiz. Anstalten 34, ausländische Anstalten 10, zus. 55.
1905 Rheinau 13, andere schweiz. Anstalten 38, ausländische Anstalten 12, zus. 63.
1906 Rheinau 17, andere schweiz. Anstalten 49, ausländische Anstalten 19, zus. 85.
1907 Rheinau 8, andere schweiz. Anstalten 43, ausländische Anstalten 8, zus. 59.
1908 Rheinau 16, andere schweiz. Anstalten 41, ausländische Anstalten 20, zus. 87.
1909 Rheinau 34, andere schweiz. Anstalten 76, ausländische Anstalten 23, zus. 133.
1910 Rheinau 18, andere schweiz. Anstalten 121, ausländische Anstalten 37, zus. 176.
1911 Rheinau 17, andere schweiz. Anstalten 135, ausländische Anstalten 32, zus. 184.
1912 Rheinau 20, andere schweiz. Anstalten 128, ausländische Anstalten 42, zus. 190.
1913 Rheinau 15, andere schweiz. Anstalten 134, ausländische Anstalten 48, zus. 197.
1914 Rheinau 18, andere schweiz. Anstalten 121, ausländische Anstalten 37, zus. 176.
1915 Rheinau 31, andere schweiz. Anstalten 153, ausländische Anstalten 27, zus. 211.
1916 Rheinau 14, andere schweiz. Anstalten 152, ausländische Anstalten 14, zus. 180.
1917 Rheinau 19, andere schweiz. Anstalten 156, ausländische Anstalten 35, zus. 210.

Die Zahlen sind erst vom Jahre 1898 an zuverlässig und gleichmäßig gewonnen. Bis dahin hielten sich die Versetzungen, soweit sie notiert sind, zwischen 6 und 87; in Wirklichkeit müssen es etwas mehr gewesen sein. Der Durchschnitt wird aber 49, d. h. ein Fünftel der Entlassungen kaum überschritten haben. Von 1898 bis 1908 sind die Schwankungen geringer, von 38 bis 87, der Durch-

schnitt beträgt 61. Von nun an steigen sie rapid, zunächst auf 133, dann mit geringen Schwankungen bis auf 210 (1917). In der ersten Periode sind zu den Transferierungen noch die „Zwangsentlassungen" hinzuzuzählen, d. h. die wenig oder gar nicht gebesserten Patienten, die gegen den Wunsch der Angehörigen aus Platzmangel teils den Familien, teils den Gemeinden übergeben wurden. Ihre Zahl betrug:

1881	„einige"	1886	11
1882	26	1887	27
1883	4	1888	10
1884	8	1889	10
1885	30	1890	11

und in den folgenden sechs Jahren je 3 bis 7.

Es handelt sich da um Kranke, die nicht im gewöhnlichen Sinne entlassungsfähig waren, sondern noch der eigentlichen Pflege bedurften, und die man ohne den Zwang der Platznot nicht entlassen hätte. Inwieweit diese Kranken „gebessert" waren, läßt sich nicht annähernd entscheiden. Was man gebessert nennt, ist ja auch sonst gar nicht immer das gleiche. Immerhin war der jetzige Direktor im Jahre 1886 Assistenzarzt im Burghölzli, und hatte er noch manche andere Beziehungen zur Heilanstalt, so daß ein großer Unterschied in der Abschätzung sicher nicht besteht. Da ist zu vermuten, daß das Überwiegen der „ungebessert" über die „gebessert" entlassenen Schizophrenen (nur diese kommen in Betracht) in den (nur nach Jahrfünften zusammengestellten) Jahren 1876 bis 1900 wenigstens zu einem erheblichen Teil mit diesen Zwangsentlassungen zusammenhänge. Von 1898 an sind keine „Zwangsentlassungen" mehr vorgekommen. Dafür sind unter den in fremde Anstalten Entlassenen eine Anzahl Zürcher, die auf Kosten des Staates anderswo untergebracht worden sind. In den neunziger Jahren kamen solche Unterbringungen auch, aber seltener vor, einmal acht Unruhige nach St. Urban, ferner nahm eine Privatanstalt dem Burghölzli zuweilen eine Anzahl störender Elemente ab; mehr kamen via Rheinau in auswärtige Anstalten. Von 1901 an wurden solche Versetzungen auf Staatskosten acht Jahre lang ganz sistiert. Jetzt (1918) sind wieder rund zweihundert Patienten auf diese Weise versorgt, also durchschnittlich zwanzig im Jahre.

Besonders stark zugenommen haben die Abschiebungen von Kantonsfremden in außerkantonale Anstalten. Das hängt natürlich in erster Linie von der Heimatsangehörigkeit der Aufgenommenen ab, und diese wiederum ist eine Funktion der Zusammensetzung der Bevölkerung und der Auswahl der Kranken: Von Ende der siebziger bis tief in die neunziger Jahre hinein ist die Stadt Zürich sehr stark gewachsen (vorher und nachher langsamer). Dennoch haben damals diese Abschiebungen sehr wenig zugenommen, und zwar deshalb, weil man bei Platzmangel in erster Linie die Kantonsfremden von der Aufnahme ausschloß, ja oft von diesen nur die allerdringendsten Notfälle aufnahm. Von 1901 an wurde diese Unterscheidung weniger gemacht, und von 1909 an wurde überhaupt im Prinzip so ziemlich alles aufgenommen. Die Abweisungen von angemeldeten Kranken betrugen, soweit festzustellen war:

1888	30—40	1902	56
1889	54	1903	83
1890	53	1904	56
1891	93	1905	115
1892	83	1906	67
1893	104	1907	264
1894	60	1908	168
1895	92	1909	61
1896	80	1910	18
1897	82	1911	12
1898	144	1912	18
1899	128	1913	2
1900	149	1914	1
1901	105	1915	—

Die Zahlen sind Minimalzahlen; die einen oder anderen Fälle sind nicht gebucht worden. Vielleicht sind der Buchführung auch die auffallend großen Schwankungen dieser Zahlen zu verdanken. Immerhin ist sicher, daß von 1910 an die Abweisungen ganz unerheblich oder Null waren; die Überfüllung an sich war bei den wenigen Vorkommenden nicht mehr der wesentliche Grund. (Fehlen der direkten Internierungsbedürftigkeit, Angehörigkeit zu einem andern Kanton, wobei besser direkt die heimatliche Anstalt aufgesucht wurde usw.).

Von den Aufnahmeverhältnissen ist überhaupt für unsere Frage noch folgendes wichtig: Außer den Kantonsfremden wurden bis Ende der neunziger Jahre die „Unheilbaren" nicht aufgenommen. Praktisch bezog sich aber der Ausschluß nur auf die als „sekundär" erkannten Fälle der Schizophrenie; wenigstens ergibt sich aus dem Material, daß in den achtziger und neunziger Jahren die Senilen und Paralytiker nicht so leicht abgewiesen wurden, da man annehmen durfte, daß diese bald von selbst wieder abgehen würden.

Eine andere oft sehr streng durchgeführte Ausschließung betraf die „Unruhigen", weil eben von den ersten Jahren des Bestehens der Anstalt an die unruhigen Abteilungen ausschließlich oder besonders überfüllt waren.

Schon 1874 wird darüber geklagt, daß diese Über-

füllung ein altes Übel sei, während die Anstalt bloß erst eine durchschnittliche Belegzahl von unter 250 hatte. Etwa von 1902 an wurde trotz vieler Abweisungen in den nächsten Jahren dieser Unterschied nicht mehr gemacht.

Ungefähr von 1889 bis 1898 wurden mit Vorliebe Alkoholiker aufgenommen, d. h. in diesem Zeitraum wurde sicher keiner dieser Kranken abgewiesen.

Der Einfluß der Abweisungen auf die Entlassungen ist ein sehr verschiedener: Die Kantonsfremden können verhältnismäßig leicht abgeschoben werden, ihre Ausschließung vermindert also die Entlassungen. In Wirklichkeit bewegt sich aber hier die Kausalität im Kreise: je mehr Entlassungen man hat, um so mehr Kantonsfremde kann man aufnehmen und um so mehr wieder entlassen. Ihre Zahl beträgt unter den Aufnahmen:

1886	55	1902	83
1887	56	1903	90
1888	55	1904	110
1889	49	1905	125
1890	66	1906	131
1891	49	1907	104
1892	60	1908	118
1893	56	1909	154
1894	72	1910	231
1895	67	1911	213
1896	72	1912	234
1897	79	1913	274
1898	82	1914	248
1899	55	1915	240
1900	64	1916	268
1901	58	1917	270

Natürlich werden niemals alle diese Fremden vorzeitig transferiert; weitaus die meisten bleiben, bis sie entlassungsfähig werden, ganz wie die Kantonsbürger; aber der besserungsunfähige Rest hält nicht als Dauerpatienten Plätze stabil besetzt.

Umgekehrt wirkt die Abweisung der unheilbaren Schizophrenen: diese sind es, die die Stagnation in den Anstalten bewirken; die Maßregel ist also die geeignetste, um die Entlassungen zu vermehren und zugleich um möglichst viele Plätze von entlassungsfähigen Patienten besetzt zu haben.

Die viele Jahre geübte Abweisung der Unruhigen wirkte eher herabsetzend auf die Entlassungszahl. Sie hat überhaupt nicht den gewünschten Effekt, die Abteilungen für Unruhige zu entlasten. Die Ruhigen, die so stark krank sind, daß man sie der Anstalt zuführt, sind zum größten Teil schlimme Fälle, die nachher ganz unsozial werden; die draußen unruhig Gewordenen befinden sich bei der Anmeldung meist in akuten Stadien, die in absehbarer Zeit vorübergehen.

Im ferneren sind die Entlassungen von der Zahl der Aufnahmen abhängig; was eben gesagt wurde von den Kantonsfremden, gilt allgemein: je mehr Aufnahmen, um so mehr frische Fälle, von denen ein großer Teil zur Entlassung kommt. Da man aber wegen Platzmangel bis 1908 beständig die Aufnahmen künstlich reduzieren mußte, so waren diese in Wirklichkeit abhängig von den Entlassungen.

Die Entlassungen sind ferner eine Funktion der Art der aufgenommenen Kranken. Organische, d. h. Senile und Paralytiker, kommen nur selten zur Entlassung. Dagegen gehen sie in absehbarer Zeit mit Tod ab, halten also den Platz nicht lange besetzt und erlauben wieder Wechsel. Der Zugang der Organischen hat nun im Burghölzli mit der Zunahme der Aufnahmen überhaupt zugenommen, aber nicht so stark wie der der Schizophrenen. Die Epileptiker, die ins Burghölzli kommen, sind meist unheilbare Fälle; sie sind aber so wenig zahlreich, daß sie die Statistik nicht beeinflussen. Das nämliche ist von den sehr seltenen Oligophrenen zu sagen, die das Burghölzli aufnimmt. Die Alkoholiker, die in früheren Zeiten mit Vorliebe aufgenommen worden sind, werden sozusagen alle entlassungsfähig. Ihr Prozentsatz ist in den letzten Jahren heruntergegangen. Die manisch Depressiven verlassen die Anstalt alle meist in relativ kurzer Zeit. Wichtige Variationen sind also nur bei den Schizophrenen möglich, die unten besonders besprochen werden sollen.

Dann ist wichtig, wie früh die Bevölkerung die Kranken bringt: Je weniger sie sich für die Pflege einrichtet, je ungeduldiger sie den Kranken gegenüber ist, um so mehr leichte und akute Fälle kommen in die Anstalt und um so mehr Entlassungen ergeben sich daraus.

Es bestehen keine Anhaltspunkte, daß sich unsere Verhältnisse in dieser Beziehung geändert hätten in der Zeit, die man übersehen kann, wenn man dies auch nicht ganz ausschließen kann; denn geändert haben sich die Erwerbsverhältnisse, und zwar in einem für unsere Bestrebungen sehr ungünstigen Sinne. Diejenigen, die Geisteskranke am ehesten in der Familie halten und beschäftigen können, und die durch sie am wenigsten belästigt werden, sind die Bauern. Und die haben in den bald 50 Jahren des Bestehens der Anstalt absolut und noch viel mehr relativ abgenommen. Wenn man nun auch bei den Einbringungen, wo meist andere Gründe (Heilungsbestrebungen usw.) maßgebend sind, keinen Unterschied gegen früher konstatieren

kann, so ist doch die Veränderung sehr fühlbar in bezug auf die Entlassungen, indem die Angehörigen viel mehr Bedenken tragen, einen „nicht ganz geheilten" Kranken wieder aufzunehmen.

Von besonderm Einfluß auf die Entlassungen ist die Zahl der Plätze in der Anstalt, wobei es aber gar nicht auf die Bettenzahl überhaupt ankommt, sondern nur auf die Zahl der zum Wechsel verfügbaren Plätze. Eine Anstalt mit nur 100 Betten, die nicht von Dauerpatienten besetzt sind, oder die durch Abschiebung von denselben befreit werden kann, ist viel aufnahmsfähiger als eine andere mit 700 Betten, die durch Idioten und besserungsunfähige Schizophrene je ein ganzes Menschenalter belegt ist. Während ferner eine Anstalt ihren Bestand vergrößert, hat sie immer Plätze zur Verfügung, die noch nicht von Dauerpatienten besetzt sind; sie ist also ceteris paribus aufnahmsfähiger als eine in dieser Beziehung stabile Anstalt. Nun hat der durchschnittliche Bestand der Heilanstalt Burghölzli von 250 in den ersten Jahren unserer Statistik bis auf 407 (1915) zugenommen. Die Steigerung war naturgemäß im Anfang, als man — außer auf den unruhigen Abteilungen — noch Platz zur Verfügung hatte, eine relativ raschere (1876 bis 1880 von 258 auf 301). Damit hatte die Anstalt ihre normale Belegzahl erreicht. Das Ansteigen ließ sich aber nicht aufhalten: 1885: 339, 1890: 359, 1895: 363. Schon anfangs der neunziger Jahre beginnen in den Jahresberichten die Klagen über die ganz unerträgliche absolute Überfüllung, die Abweisungen und die staatlichen Versorgungen asozialer Elemente in andere Anstalten nehmen zu, die Durchschnittsbelegzahl kommt 1900 erst auf 378, steigt im folgenden Jahr auf 385, um im ersten Jahr der Versetzungen nach Neu-Rheinau auf 362 zu sinken, aber am Ende des Jahrfünfts wieder 384 zu erreichen. Das Jahr 1907 bringt den bis jetzt höchsten Durchschnittsbestand mit 409; die beginnende Steigerung der Entlassungen läßt ihn 1909 wieder vorübergehend auf 382 sinken, was nicht hindert, daß er im Durchschnitt der folgenden Jahre wieder auf 404 geht. Davon zu unterscheiden ist der (vorübergehende) Maximalbestand, der im laufenden Jahrhundert einige Male 440 überschritt, während er sich in den neunziger Jahren noch immer unter 390 gehalten hatte. Da nicht nur die Wechselziffer, sondern namentlich auch die Schwierigkeiten wie die Erfolge der Behandlung in hohem Maße von der Füllung der Anstalt abhängen, sind diese Zahlen wichtig für die Beurteilung des Folgenden. So weit eine Besserung der Verhältnisse eingetreten ist, geschah das trotz zunehmender absoluter Überfüllung, denn mehr Platz ist seit 1882 nicht mehr geschaffen worden. Die kleine Vermehrung an Betten durch die neuen Wachsäle für Unruhige ist mehr als überkompensiert worden durch die Benützung von Krankenräumen für Bureaus, Untersuchungszimmer usw. Die übrige Vermehrung der Betten um 150 betrifft die ruhigen Abteilungen, die für die Behandlung der Unruhigen nicht in Betracht kommen.

Auf die Entlassungsziffer hat ferner die Entlassungstechnik einen starken Einfluß, wie Bleuler in dem erwähnten Aufsatz ausgeführt hat. Diese hat sich nun wohl seit damals nicht mehr verbessern lassen. Im Gegenteil man kommt in dieser Beziehung mit der Zeit leicht in eine gewisse Routine hinein, die die Begeisterung für eine Sache niemals ganz ersetzen kann. Wenn man von Entlassungstechnik spricht, so ist damit in erster Linie der Verkehr mit den Verwandten gemeint, die Übung, schon bei der Aufnahme und dann wieder bei Besuchen die Angehörigen darauf vorzubereiten und ev. zu suggerieren, daß sie im geeigneten Moment wieder bereit sind, die Kranken aufzunehmen oder ihnen anderswo für Unterkunft und — was das Wichtigste ist — für Arbeit zu sorgen. Eine gewisse Hilfe leistet in dieser Beziehung der Hilfsverein für Geisteskranke. Doch war er bis jetzt nicht imstande, allen Wünschen zu genügen. Namentlich fehlt es an der Vermittlung bezahlter Arbeit und geeigneten Familienanschlusses für alleinstehende Entlassene. In der anfangs zitierten Arbeit von Uhlmann empfiehlt dieser die Angliederung eines poliklinischen Arztes, der sich namentlich der Kontrolle der entlassenen Patienten — vor allem waren hier wohl die früh Entlassenen gemeint — anzunehmen hätte. Es ist klar, daß ein Arzt allein dieser Sache unmöglich gewachsen sein könnte; denn es ist nicht nur mit der Zahl der Entlassenen zu rechnen, sondern es ist viel mehr zu berücksichtigen, daß sich diese Entlassenen auf den ganzen Kanton, ja ev. außerhalb desselben ganz unregelmäßig verteilen. Hier hatte man von der Einrichtung des kantonalen Irreninspektorates sehr viel erwartet und gehofft, daß dieses die Aufsicht über die Entlassenen übernehmen könnte. Leider ist das nun aber aus verschiedenen Gründen nicht möglich, und es sei daher gestattet, an dieser Stelle darauf aufmerksam zu machen, wie sehr erwünscht die Schaffung von Stellen wäre, die sich mit Verständnis und Takt um das Schicksal der Entlassenen zu kümmern hätten. Gerade diese Stellen könnten dann auch einen segensreichen Einfluß auf die Familien der Patien-

ten ausüben, und sie würden, durch Einfluß und Rat unterstützt, ihre Kranken rascher und mit weniger Bedenken aus der Anstalt abholen können. Damit würden die Frühentlassungen eine weitere Steigerung erfahren und die Gefahr für die Patienten, wegen zu langem Anstaltsaufenthalt dem Autismus zu verfallen, würde eine noch kleinere werden.

Wenn man von Entlassungsmöglichkeiten spricht, denkt man natürlich zunächst an die Besserungen, obgleich auch manche Ungebesserte die Anstalt verlassen können, nachdem ihre Verhältnisse zu den Angehörigen besser reguliert sind. Von Heilungen soll bei dieser Gelegenheit nicht gesprochen werden. Die Psychosen, die geheilt werden, die manisch depressiven Auftritte, die Alkoholdelirien, psychogene Aufregungen u. dgl., werden unter den verschiedensten Umständen geheilt. Alles was in Betracht kommt, wenn man von Unterschieden in den Besserungsmöglichkeiten redet, wird genau genommen nur gebessert, wenn auch oft so weitgehend, daß man nicht ohne Berechtigung von „Heilungen im sozialen Sinne" sprechen kann.

Die Besserungen wiederum sind abhängig: in erster Linie von der Art der eingelieferten Kranken, und zwar weniger im Sinne der Diagnose — es sind ja in den Irrenanstalten immer die gleichen Typen aufzunehmen —, sondern in Bezug auf die Schwere des Falles. In dieser Hinsicht sei auf das verwiesen, was oben über die Abweisung der Unheilbaren und Unruhigen gesagt ist. Ebenso ist zu berücksichtigen die Krankheitsdauer vor der Aufnahme, indem die schleichenden, also länger dauernden Fälle schlechtere Aussichten bieten.

Wichtig ist ferner, wie oben angedeutet, die Überfüllung. Die Besserung vieler Schizophrener ist in mancher Hinsicht eine Platzfrage, da die Aufgeregten einander in der Aufregung erhalten, und eine Erziehung durch die Überfüllung an sich, sowie durch die Menge der in überfüllten Anstalten einwirkenden schlechten Beispiele erschwert wird.

Die Überfüllung nun ist unter anderem auch wieder eine Funktion der Therapie; denn je glücklicher die Behandlung ist, um so weniger sind die unruhigen Abteilungen, auf die es hier besonders ankommt, überfüllt.

Im übrigen ist dies natürlich in erster Linie abhängig von dem Verhältnis von Platzbedürfnis und vorhandenen Plätzen. In dieser Beziehung haben sich die Umstände hochgradig verschlechtert; denn die Krankenzahl hat in der Berichtszeit um 150 zugenommen. Trotzdem haben sich die Verhältnisse auf den unruhigen Abteilungen nicht verschlimmert. Schon vor 1874 war die Überfüllung der Zellenabteilung eine beständige Kalamität, und in den achtziger Jahren war man genötigt, in einzelne Zellen zwei Patienten zu legen; so im Jahre 1887 trotz 53 Transferierungen und 21 „Zwangsentlassungen". In den letzten 16 Jahren aber sind die unruhigen Abteilungen nie mehr auch nur annähernd so überfüllt mit Betten gewesen wie in früheren Zeiten. Die Zellenkorridore, die früher regelmäßig mit Betten belegt waren, sind es jetzt nur ganz ausnahmsweise. Daß zwei Patienten in die nämliche Zelle gelegt werden müssen, ist seither nie vorgekommen. Am Tage waren die Abteilungen für Unruhige bis vor kurzem gar nicht voll besetzt. Auf der Männerseite bleibt am Tage die eine Hälfte jetzt noch ganz leer, und erst in der allerletzten Zeit ist daselbst die Unruhe unangenehm und für den Betrieb schädlich geworden. Könnte man zwei Wärter mehr anstellen, um auch den leeren Teil der Abteilung zu benützen, so ließen sich sofort wieder ganz erträgliche Verhältnisse schaffen. Es ist in der Kohlennot der Kriegsjahre sogar möglich geworden, die Dauerbäder eingehen zu lassen, die daraus erfolgende Unruhe war fühlbar, aber noch nicht unerträglich.

In dieser Entlastung der unruhigen Abteilungen drückt sich der Erfolg der neueren Behandlung aus, u. zw. ebenso stark wie in der Entlassungszahl. Er ist leider nicht in Zahlen anzugeben, die „Gebesserten" der Statistiken enthalten die voll Arbeitsfähigen wie diejenigen, die sich nur ein wenig beruhigt haben, ohne Unterschied. Folgendes mag aber einen Anhaltspunkt geben: Während früher schon bei einem Bestande von 250 Kranken und einer Aufnahmeziffer von 200 die „Zellenabteilungen" mit meist schwer Unruhigen überfüllt waren, haben sie jetzt 16 Jahre lang quantitativ ihren Normalbestand beibehalten können, und qualitativ besteht auf der Frauenseite jetzt noch, und bestand auf der Männerseite bis in die letzte Zeit hinein, ein schwer in Zahlen sich auszudrückender, aber sehr hochgradiger Unterschied in der Art der Kranken. Mehr als zehn der letzten Jahre lang war es eine Seltenheit, daß eigentliche Unruhe vorhanden war beim Betreten der Abteilung — und sogar beim Verlassen derselben. Es sind also bei einer Aufnahmezahl, die sich verzweifacht bis verdreifacht hat, in 16 Jahren weniger Kranke als Unruhige hängen geblieben, als vorher bei der kleinen Aufnahmezahl in

ganz wenigen Jahren.[3]) Dieser Unterschied wird noch mehr hervorgehoben durch die Tatsache, daß man früher gewohnt war, gerade die schlimmsten Fälle nach Rheinau abzuschieben, während in den späteren Jahren Rheinau nur noch relativ soziale Elemente abnehmen konnte, und auch die andern Anstalten, in die man evakuierte, sorgfältig die schlimmeren Fälle ausschlossen (nur Hohenegg nahm eine kleine Anzahl unruhiger Frauen ab, aber ausdrücklich nicht von den schlimmsten). „Zwangsentlassungen" sind seit 1898 nicht mehr vorgekommen.

Die Einrichtungen sind insofern bessere geworden, als im Jahre 1903 ein Wachsaal für unruhige Frauen und 1910 ein solcher für Männer errichtet worden ist. Dadurch war sicher für die Beruhigung der Kranken sehr viel gewonnen; in den Entlassungszahlen drückt sich das aber in den betreffenden Jahren nicht aus. Auch sonst sind für die Nacht acht Wachtsäle eingerichtet worden, die, wenn sie auch weniger Unruhige aufnehmen, doch ihr Teil an der Beruhigung und namentlich an der Erziehung der Kranken haben mögen.

All das erklärt weder die erste Vermehrung der Entlassungen im Jahre 1901 noch den plötzlichen Anstieg im Jahre 1908. Man geht wohl nicht fehl, wenn man die erste Steigerung der Einführung der Arbeit auch auf den unruhigen Abteilungen zuschreibt; mit der Annahme eines solchen dauernd wirkenden Faktors steht es auch allein im Einklang, daß nach dem Bezug von Neu-Rheinau die Ziffern nicht mehr hinunter gegangen sind, wie sonst nach solchen Erleichterungen, trotzdem gerade damals die Überfüllung mit unsozialen Elementen so groß wie noch nie war, die Transferierungen also einen Tropfen auf den heißen Stein bedeuteten. Von nun an konnte jedem Kranken eine entsprechende Arbeit zugewiesen werden. Man hatte drei Jahre beständiger Versuche gebraucht, um das zu erreichen; man kann eben den meisten Unruhigen, sei es ihrer selbst oder ihrer Nachbarn wegen, keine gefährlichen Instrumente, zu denen unter Umständen schon Nadeln gehören, in die Hand geben, und die Gewöhnung des Wartpersonals an die neue Aufgabe erforderte viel Mühe.

Im ersten Jahrfünft wurde die Arbeitstherapie, so gut es unter den nicht günstigen Verhältnissen der überfüllten und für diesen Zweck zu kleinen Anstalt möglich war, weiter ausgebaut, und parallel damt stiegen die Entlassungen langsam weiter, um dann von 1906 bis 1908 ungefähr gleich zu bleiben. Dann folgt auf einmal ein rasches Ansteigen, das im ersten Jahr 34 v. H. beträgt, um im Laufe der nächsten Jahre 100 v. H. zu erreichen, was bis 1918 angehalten hat.

Man hat jahrelang nach den unmittelbaren Ursachen dieses zweiten Anstieges gesucht und nichts anders gefunden, als das psychanalytische Studium der Kranken, das, in den ersten Jahren vorher begonnen, damals auf seiner Höhe war. Das Eingehen in die Psyche der Kranken hat ein besseres Verständnis ihrer Abnormitäten und ihrer Bedürfnisse ermöglicht; man steht ihnen nicht mehr so fremd, in den meisten Fällen gar nicht mehr fremd gegenüber wie früher, man kann den richtigen Zeitpunkt für Versetzungen innerhalb der Anstalt und nach außen viel leichter finden, man ist überhaupt viel weniger aufs Tasten angewiesen, oder man weiß, inwiefern man tasten kann oder soll — kurz, man tappt weniger im Dunkeln als früher. Und dabei ist hervorzuheben, daß seit mehreren Jahren schon aus Zeitmangel die Psychanalyse in gründlicher Weise nur noch ganz ausnahmsweise angewendet werden kann. Es ist das im allgemeinen gewonnene Verständnis der Psychopathologie, das den Fortschritt gebracht hat, nicht die genauere Untersuchung des einzelnen Patienten, die im Gegenteil bei dem rapiden Anwachsen der Aufnahmen immer kürzer werden muß. Aber sie konnte kürzer werden, weil man besser wußte, worauf es ankam, und aus Kleinigkeiten sichere Schlüsse zu ziehen gelernt hat. Nicht ohne Bedeutung ist auch, daß das affektive Verhältnis von Patient zu Arzt und umgekehrt ein anderes geworden ist; auch das erleichtert natürlich die Behandlung des Patienten, sowie die einer Entlassungsangelegenheit. Wenn man

[3]) Die Aufnahmen betragen:

Jahr	Aufnahmen	Jahr	Aufnahmen
1870 (vom 1. VII. an)	190	1894	239
1871	284	1895	219
1872	277	1896	253
1873	271	1897	258
1874	254	1898	252
1875	271	1899	214
1876	245	1900	203
1877	262	1901	236
1878	247	1902	335
1879	230	1903	303
1880	225	1904	332
1881	245	1905	340
1882	212	1906	350
1883	236	1907	294
1884	278	1908	304
1885	295	1909	379
1886	267	1910	505
1887	295	1911	491
1888	278	1912	537
1889	241	1913	578
1890	257	1914	594
1891	218	1915	591
1892	271	1916	641
1893	233	1917	627

auch den Kranken wenig mehr zu sehen bekommt, so kann man in kurzen Gesprächen mehr aus ihm herausbringen, indem man die Entlassung mit ihm bespricht und aus seinem Verhalten dabei vielmehr als aus dem Inhalt seiner Worte Schlüsse zieht. Nur angedeutet sei, daß diese Dinge nicht nur für die Entlassung an sich, sondern auch für die begleitenden Umstände, die zu wählende Arbeit, den Aufenthaltsort von entscheidender Bedeutung sind.

Hinzugefügt sei noch, daß nach einer Statistik, die vor einigen Jahren aufgestellt wurde, die wiederholten Eintritte relativ eher etwas abgenommen haben. Auch in der Pflegeanstalt hat man nichts davon bemerkt, daß mehr Patienten von außen angemeldet würden, die früher in der Heilanstalt Burghölzli gewesen wären, als zu den Zeiten, wo jährlich einige Hundert Kranke weniger entlassen worden sind. Allerdings ließe sich das zum Teil, aber nicht ganz, wohl dadurch erklären, daß aus selbstverständlichen Gründen in die Pflegeanstalt nur Kantonsbürger kommen, während die ganz besonders zunehmenden Außerkantonalen die Aufnahme- und Entlassungszahlen nur des Burghölzli vergrößern können.

Weil, wie oben schon angeführt, die Epileptiker und Oligophrenen an Zahl bedeutungslos sind, die Alkoholiker jedenfalls wieder entlassen werden, die manisch Depressiven unter allen Umständen von ihrem Anfall genesen und die Organischen an der Krankheit zugrunde gehen, kommen für die Vermehrung der Entlassungen im wesentlichen nur die Schizophrenen in Betracht. Uns interessiert zunächst der Wechsel ihrer Behandlungsdauer im Laufe der Jahre. Es wurden deshalb alle sichern Fälle aus den Krankengeschichten ausgezogen und die Dauer ihres Anstaltsaufenthaltes genau berechnet (immerhin die Monate zu 30, die Jahre zu 365 Tagen angenommen). Wiederholte Ein- resp. Austritte wurden gleich berechnet, wie wenn sie verschiedene Patienten betroffen hätten. Die gefundenen Zahlen der Schizophrenen sind als Minimalzahlen zu betrachten. Die Diagnosen der Jahrgänge vor 1898 mußten natürlich umgewandelt werden, was aber an Hand der Krankengeschichten nicht sehr schwer war, wenn man die frühere Systematik der Heilanstalt Burghölzli kannte. Es werden also in den Jahren vor 1898 eine gewisse Anzahl von Schizophrenen in den Tabellen fehlen; es können aber nicht so viele sein, daß sie das Resultat stark beeinflussen würden. Die relative Steigerung der Schizophrenen rührt im wesentlichen von den veränderten Aufnahmeverhältnissen her; die Schwankungen der Systematik sind sicher unbedeutend.

	Gesamtentlassungen	Schizophrenie	
			in Proz.
1876/80	998	208	20,8
1881/85	1081	298	27,6
1886/90	1102	332	30,2
1891/95	1004	224	22,6
1896/1900	1038	313	30,2
1901/1905	1337	525	39,3
1906/1910	1593	796	50
1911/1915	2527	1086	43,1

Da brauchbare Nachrichten über die Aufenthaltsdauer der bei Eröffnung der Heilanstalt aus dem „alten Spital" in die neue Anstalt Burghölzli übergesiedelten Kranken nicht existieren, sind die Jahre 1870 bis 1875 aus der Statistik weggelassen. Da aber auch in späteren Jahren noch manche dieses alten Bestandes ausgetreten sind, mußte eine besondere Kategorie „über fünf Jahre" gemacht werden, die nicht überall in die Berechnung gezogen werden kann, da eben das Vergleichsmaterial nicht entsprechend gewonnen ist. Da nur 6,21 v. H. aller Entlassenen über fünf Jahre in der Anstalt weilten, hat diese Auslassung keine Bedeutung.

Nicht uninteressant wäre es gewesen, die nämliche Statistik auch von den Aufgenommenen zu machen. Das hätte den Vorteil gehabt, daß die zeitliche Ordnung des Materials genauer den Schwankungen der Behandlung angepaßt geblieben wäre. Denn die Einreihung nach Entlassungsjahren faßt z. B. Patienten, die vor vier Jahren und solche, die vor einem Monat eingetreten sind, zusammen. Da aber die Änderungen in der Behandlung mit Ausnahme der Einführung der konsequenten Arbeitstherapie nur ganz allmähliche waren, erlaubt auch diese Zusammenstellung einen Schluß von den Entlassungsverhältnissen auf die Wirksamkeit der Behandlung, der von der Wirklichkeit nicht wesentlich entfernt sein kann. Die große Arbeit hätte sich auch deshalb kaum gelohnt, da von den gegen 4000 aufgenommenen Schizophrenen zur Zeit der Bearbeitung der größte Teil doch entlassen war, das Material also in der Hauptsache das nämliche gewesen wäre. Eine Untersuchung nur der Eingetretenen hätte gezwungen, die letzten fünf Jahre auszuschließen, da eben manche von den in diesem Zeitraum Aufgenommenen zur Zeit der Bearbeitung noch anwesend waren. Und gerade die Resultate der letzten Jahre interessieren am meisten.

(Schluß folgt.)

Referate.

— **Briefgeheimnis und praktische Psychiatrie.** Von Med.-Rat Direktor Dr. Max Fischer, Wiesloch. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74.

Erörterung der Frage, wie die Anstaltsärzte sich mit dem § 299 RStGB. auseinandersetzen. Es ist zweifelhaft, ob sie durch Bestimmungen der vorgesetzten Verwaltungs- und Staatsbehörde bei Kontrolle der Krankenkorrespondenz gedeckt sind gegen etwaige Strafanträge des Briefschreibers oder -empfängers. Der § 299 RStGB. und der § 300 stehen miteinander in gewisser Konkurrenz und bewirken Konflikte beim Arzt. Allerdings ist ein dem letzteren geschlossen zur Beförderung übergebener Brief kein anvertrautes ärztliches Privatgeheimnis. Im Großherzogtum Baden sind nun die Ärzte bei der Kontrolle der Krankenkorrespondenz gedeckt durch die Vollzugsordnung zum Irrenfürsorgegesetz vom 30. Juni 1910 § 29, welcher der Anstaltsleitung Entscheidung und Befugnis verleiht, geschlossene Briefe zu öffnen. Eingaben von Kranken an das zuständige Bezirksamt (§ 6 des Gesetzes) und an den Verwaltungsgerichtshof (§ 9, § 4, § 5) sind diesen Behörden zu übermitteln. Fischer empfiehlt Einführung solcher Bestimmungen, wo sie noch nicht bestehen; sie haben sich in Baden als heilsam erwiesen. „Die Kranken werden so darauf hingeführt, daß wir nicht allein als ihr „Kerkermeister" ihnen alles abschlagen, sondern daß aus guten Gründen die ganze staatliche Ordnung ihren Absichten infolge ihrer besonderen Art und Formung entgegensteht." — Eine ganz besonders beachtenswerte Abhandlung. B.

— **Zur praktischen Durchführung der ärztlichen und sozialen Maßnahmen bei Hirnschußverletzten.** Von Fr. Reichmann (Psychiatr. Klinik Königsberg). Arch. f. Psych. Bd. 58.

Vorwiegende Eignung der Hirnverletzten für landwirtschaftlichen Beruf. (Die Landwirtschaft braucht ganz besonders leistungsfähige Männer. Den vielerlei Arbeiten in gebückter Haltung oder mit nach dem Acker zu gesenktem Kopf und in der Sonnenglut usw. sind die wenigsten Hirnverletzten gewachsen. Ref.) Bresler.

Buchbesprechungen.

— Vorberg, G., München: Das Geschlechtsleben im Weltkriege. Zeitgemäße Betrachtungen. München 1918, O. Gmelin. 1,50 M.

Interessante Mitteilungen über Zustände besonders des Dirnentums und die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im feindlichen Ausland. B.

— von Kemnitz, Dr. med. M.: Das Weib und seine Bestimmung. München 1917, Ernst Reinhardt.

Das Buch zeugt nicht nur von einer großen Belesenheit, sondern auch von einem heiligen Eifer für eine gute Sache. Auch enthält es goldene Worte, z. B. wie eine Hebung der Gebärfreudigkeit von der Frau gefordert wird, Worte, die in der Jetztzeit nicht hoch genug eingeschätzt werden können. Was mir an dem Buch mißfällt, ist ein gewisser polemischer Ton, der auf jeder Seite vorauszu-

setzen scheint, als ob die gesamte Literatur bis zum Auftreten des Verfassers (oder der Verfasserin?) stets das Gegenteil behauptet hätte. So geht denn auch die Ausdrucksweise manchmal reichlich weit, z. B. wenn sie Möbius' bekannte Schrift „Der physiologische Schwachsinn des Weibes" ein unwissenschaftliches Affektstückchen nennt.

Wern. H. Becker, Herborn.

— Thedering: Sonne als Heilmittel.. Gemeinverständliche Abhandlung. Oldenburg 1917, G. Stalling.

Die 29 Seiten Text und dann noch einen Bilderanhang von 17 Bildertafeln enthaltende Schrift trägt das Motto: „Mehr Sonne!" und bringt in fünf Kapiteln: 1. Eine geschichtliche Einleitung, beginnend mit dem klassischen Altertum. 2. Die Lehren von der Zerlegung des Lichtes und der Wirksamkeit der einzelnen Farben. 3. Die Wirkung der Sonne mit Empfehlung des Lichtbades für Gesunde, der Lichtbehandlung für Kranke. 4. Die Technik der Lichtbehandlung. 5. Im Schlußworte warme Empfehlung des Sonnenlichtes nicht nur zur Heilung, sondern auch prophylaktisch für jeden Einzelnen, für jede Familie. Die Abbildungen zeigen meistens Patienten vor und nach der Lichtbehandlung.

Wern. H. Becker, Herborn.

— Steiner, Dr. Maxim.: Die psychischen Störungen der männlichen Potenz. 2. Aufl. Leipzig und Wien 1917, Franz Deuticke.

Der überzeugte Anhänger der Freudschen psychoanalytischen Therapie unterbreitet uns sein Buch in zweiter Auflage, die, wie er selbst im Vorwort schreibt, „ein nahezu unveränderter Abdruck der ersten ist". Für den, der der Psychoanalyse ferner steht, fehlen sonstige therapeutische Maßnahmen und die Prophylaxe, die die frühzeitige Onanie zu bekämpfen hat. Da aber der Psy-

choanalytiker bekanntlich sich scheut, die Onanie zu verbieten, da er fürchtet, dadurch Neurotiker zu schaffen, so muß er logischerweise auf die schiefe Ebene der Empfehlung des extramatrimonialen Koitus geraten, ein Makel, von dem leider das Buch nicht freizusprechen ist. Im übrigen zeugt das Buch von einer reichen Erfahrung, die zum Teil in einer 20 Fälle umfassenden Kasuistik niedergelegt ist. Wern. H. Becker, Herborn.

— Poppelreuter, W.: Die psychischen Schädigungen durch Kopfschuß im Kriege 1914-17 mit besonderer Berücksichtigung der pathopsychologischen, pädagogischen, gewerblichen und sozialen Beziehungen. Bd. II: Die Herabsetzung der körperlichen Leistungsfähigkeit und des Arbeitswillens durch Hirnverletzung im Vergleich zu Normalen und Psychogenen. 210 S. Mit 69 Abb. im Text. Leipzig 1918, Leopold Voß. Preis 13 M, geb. 15 M.

Es werden behandelt: Allgemeine klinische Erfahrungen über die „hirntraumatische Leistungsschwäche", besonders im Gegensatz zur psychogenen Unfallerkrankung [„Die Kriegserfahrung hat auch hier kein wesentlich neues Krankheitsbild geschaffen ..." (S. 3). „Keinesfalls kann die traumatische Hirnleistungsschwäche als ein anatomisch-neurologisch fest präzisiertes Krankheitsbild aufgefaßt werden" (S. 5). „Eine streng gesetzmäßige Zuordnung von Hirntrauma und einem chronischen, nervösen Spätzustand läßt sich überhaupt nicht aufstellen" (S. 5). „Die Tatsache, die uns sehr zu denken gibt, daß zwischen Größe und Schwere der Hirnverletzung bzw.

Ausfallserscheinungen und Störung des späteren subjektiven Allgemeinzustandes gar keine gesetzmäßige Abhängigkeit besteht" (S. 25). „Die Arbeitsprüfungen sind so weit auszudehnen, als es irgend möglich ist" (S. 27). „Man muß sein Urteil so lange aufschieben, bis man den Mann selbst arbeiten gesehen hat" (S. 31)]; klinische Anthologie von Fällen; spezielle Untersuchung (Beeinflussung des Hirnvolumns durch die körperliche Arbeit nach der graphischen Registrierung; Prüfung der Hebe-Bückarbeit; Ergebnisse der dynamometrisch-ergographischen Untersuchung; Herabsetzung des Tempos und der Geschicklichkeit der Hantierungen; praktisch gestaltete systematische Arbeitsprüfungen; Verhalten der Stirnhirnverletzten); Therapie; Beurteilung der Betriebs- und Berufsfähigkeit; Schadensbemessung und Rentenfestsetzung. (Die praktisch-systematische Werkstattprüfung leistete viel wertvollere diagnostische Dienste als viele rein psychologische Leistungsprüfungen.)

Das Buch verdient weiteste Berücksichtigung in der einschlägigen Praxis. Bresler.

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. **Nr. 47/48. 1918/19.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von
Geh. San.-Rat Prof. Dr. **K. Alt** Uchtspringe (Altmark), Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle, Chefarzt San.-Rat Dr. **Beyer**, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Sanitäts-Rat Dr. **Deiters**, Grafenberg, Sanitätsrat-Rat Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin), Medizinal-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer**, Frankfurt a. M., San.-Rat Dir. Dr. **Herting**, Galkhausen (Rhl.), Geh. Med.-Rat Dr. **Ilberg**, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), Dir. Dr. **Kluge**, Potsdam, Dir. Dr. **Lehmann**, Lindenhof, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R., Dir. Dr. **v. Olah**, Budapest, Prof. Dr. **A. Pilcz**, Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß**, Wien, Geh. Rat Prof. Dr. **E. Schultze**, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger**, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke**, Eglfing b. München, Prof. Dr. **H. Vogt**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien.)

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Kreuzburg, Oberschlesien.

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 47/48. 1. März **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 60 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Oberschlesien) zu richten.

Inhalt:

Die Dauer der Anstaltsbehandlung der Schizophrenen.

Von **L. Rähmi,** prakt. Ärztin in Zürich.

(Schluß.)

Um nicht mit unbrauchbar kleinen Zahlen zu tun zu haben, und auch um übersichtlicher zu sein, ist das Material nach Jahrfünften zusammengestellt. Die Resultate zeigen die Tabellen I a, I b, I c und II a, II b, II c. Die Zusammenstellungen bedürfen keiner besonderen Erklärung. Man sieht, wie unter Schwankungen die kurzen Aufenthaltsdauern zu-, die langen abnehmen. Von den früheren Jahrfünften zeichnet sich das von 1886 bis 1890 durch eine gewisse Kürze der Behandlung aus, warum, ist nicht festzustellen. Immerhin sind in der Gesamttabelle II c von den bis einen Monat Gebliebenen alle Zahlen, die den Durchschnitt überschreiten, Neu-Rheinau bezogen wurde, was Anlaß zur Abschiebung von 83 Patienten des alten Bestandes gab. Ein Teil dieser Kranken war Jahrzehnte in der Anstalt gewesen. Auch die Zahlen dieser Kategorie aus den Jahren 1890 bis 1900 müssen ähnlichen Umständen zu verdanken sein. Umgekehrt rühren die niedrigen Zahlen der ersten Jahre davon her, daß in den ersten Jahrfünften noch nicht viele Fälle da sein konnten, die eine lange Aufenthaltsdauer aufzuweisen hatten. Noch im Jahre 1880 konnte niemand über zehn Jahre in der Anstalt gewesen sein.

Aus äußeren Gründen kann auf andere Dinge, die sich noch aus den Zusammenstellungen ergeben,

Tab. II a. Graphik zu Tabelle I a.

diesseits von 1900. In den Kategorien vom ersten bis fünften Monat schwanken die Zahlen unregelmäßig ohne eine bestimmte Tendenz, mit den Jahrfünften zu- oder abzunehmen. In den folgenden Kategorien tritt aber die Neigung zur Abnahme deutlich hervor, wenn auch nicht so regelmäßig wie die umgekehrte im Anfang. Das hat verschiedene selbstverständliche Gründe. Die hohe Zahl von 10 v. H. Anwesenheit über fünf Jahre im Jahrfünft 1901/1905 z. B. hat ihren Grund darin, daß damals nicht eingegangen werden. Nur darauf sei aufmerksam gemacht, daß die Entlassungszahlen mit der zunehmenden Dauer des Aufenthaltes bis auf sechs Monate kontinuierlich abnehmen, um dann auf einmal in der Kategorie sechs bis neun Monate (auf Tabelle II a) und neun bis zwölf Monate (auf Tabelle II b) in die Höhe zu gehen. Da die letztere Abteilung drei Monate statt wie die vorhergehenden nur zwei Monate umfaßt, war eine Unterbrechung des Abstieges zu erwarten; sie dürfte aber, auch

wenn kein weiteres Absinken statt hätte, nicht über $\frac{4,07}{2,04} \cdot 3$, d. h. 6,00, gehen, während sie in Wirklichkeit 7,83 erreicht. *Das dritte Vierteljahr ist also für die Schizophrenen deutlich ein kritisches; diejenigen, die sich nicht gleich in den ersten Monaten bessern, haben in dieser Zeit eine größere Chance, entlassungsfähig zu werden als später und auch als im fünften und sechsten Monat.* Nachher fällt die Entlassungskurve wieder steil ab. Es sind diese Konstatierungen der zahlenmäßige die Norm der früheren Zeiten am besten vertreten wird, das letzte und das von 1901 bis 1905, als das des Beginnes der veränderten Behandlung herausgegriffen und graphisch dargestellt. Die Kurven zeigen deutlich, wie in den beiden letzten Jahrfünften die kurzen Aufenthaltszeiten in der Mehrzahl sind, und wie im ganzen die Zahlen mit der Dauer des Aufenthaltes stetig sinken, mit Ausnahme des kleinen Ausschlages bei sechs bis neun Monaten (bei IIb bei neun bis zwölf Monaten) — die Erhebung der Kurve bei 18 bis 24 Monaten ist nicht eine Folge von vermehrten Entlassungen in diesen Kategorien, sondern des größeren Zusammendrän-

Tab. IIb. Graphik zu Tabelle Ib.

Tab. IIc. Graphik zu Tabelle Ic.

Ausdruck der alten Erfahrung, daß die schwereren akuten Schübe der Schizophrenie eine deutliche Tendenz haben, wenig über ein halbes Jahr zu dauern. Die Geschlechter verhalten sich in dieser Beziehung wenig verschieden. Doch ist bemerkenswert, daß sich bis zu vier Monaten die Männer ausnahmslos um 1 bis 2 v. H. unter denen der Frauen halten, um nachher immer höher zu sein. Der Verlauf der Schizophrenie ist also bei den Frauen deutlich langsamer; es wird sich hierbei wohl ausschließlich oder vorwiegend um die akuten Schübe handeln. Erwähnt mag auch sein, daß im ersten halben Jahre von dem Gesamtmaterial ziemlich genau die Hälfte (50,25 v. H.) entlassen worden ist.

Zur weiteren Erläuterung wurde das erste Jahrfünft (das zweite des Bestehens der Anstalt), das gens von sechs, dann von zwölf Monaten in die nämliche Rubrik. Auffallend ist, wie spärlich im ersten Jahrfünft die Aufenthalte unter einem Monat sind. Die Scheu, die Kranken in die Anstalt zu bringen, wenigstens soweit es den Hauptlieferanten, die Stadt und ihre Umgebung betrifft, war damals kaum größer als heute; es muß also eine größere Scheu der Ärzte vor so frühen Entlassungen existiert haben. — Von zwei bis sechs Monaten halten sich die Kurven ungefähr auf gleicher Höhe, um dann wieder so auseinanderzugehen, daß die älteste sich nun dauernd ausgesprochen über den andern hält.

Ob es eine Bedeutung hat, daß bei den Männern die zweite Kurve viel tiefer beginnt als bei den Frauen, und daß die erste bei den Frauen je einen Ausschlag bei sechs bis neun, dann erst wieder bei

Tab. 1a. Die Zahl der an Schizophrenie erkrankten Frauen nach der Dauer des Anstaltsaufenthaltes nach Tagen, Monaten und Jahren. (Absolut und prozentual.)

Jahrfünfte:	1876 bis 1880	1881 bis 1885	1886 bis 1890	1891 bis 1895	1896 bis 1900	1901 bis 1905	1906 bis 1910	1911 bis 1915	1876 bis 1915
1—15 Tage									
absolut	4	9	17	5	13	42	75	73	238
in Prozent	3,85	5,88	9,82	4,00	9,03	15,97	17,56	12,61	12,09
½—1 Monate									
absolut	4	11	13	12	12	33	46	77	208
in Prozent	3,85	7,19	7,51	9,60	8,33	12,54	10,77	13,29	10,57
1—2 Monate									
absolut	10	15	17	18	16	28	52	90	246
in Prozent	9,62	9,80	9,82	14,40	11,11	10,65	12,18	15,54	12,50
2—3 Monate									
absolut	7	12	14	10	16	20	37	55	171
in Prozent	6,73	7,84	8,67	8,00	11,11	7,60	8,66	9,49	8,68
3—4 Monate									
absolut	6	12	7	5	18	24	28	37	137
in Prozent	5,77	7,84	4,05	4,00	12,50	9,09	6,56	6,93	6,96
4—5 Monate									
absolut	8	9	14	9	7	9	20	29	105
in Prozent	7,69	5,88	8,67	7,20	4,36	3,42	4,69	5,01	5,33
5—6 Monate									
absolut	6	14	10	12	4	13	13	20	92
in Prozent	5,77	9,15	5,78	9,60	2,78	4,94	3,04	3,45	4,67
6—9 Monate									
absolut	11	13	18	11	17	17	40	41	168
in Prozent	10,58	8,49	10,40	8,89	11,81	6,46	9,37	7,08	8,53
9—12 Monate									
absolut	4	9	11	6	3	9	13	29	84
in Prozent	3,85	5,88	6,36	5,60	2,08	3,42	3,04	5,01	4,27
12—15 Monate									
absolut	13	14	5	6	7	7	13	26	91
in Prozent	12,50	9,15	2,89	5,60	4,86	2,66	3,04	4,49	4,62
15—18 Monate									
absolut	4	6	5	5	4	3	7	12	46
in Prozent	3,85	3,92	2,89	4,00	2,78	1,14	1,64	2,07	2,34
18—24 Monate									
absolut	6	6	9	2	4	6	10	22	65
in Prozent	5,77	3,92	5,20	1,60	2,78	2,38	2,46	3,79	3,81
2—3 Jahre									
absolut	8	7	16	3	7	9	19	27	96
in Prozent	7,69	4,57	9,25	2,40	4,86	3,42	4,44	4,66	4,88
3—4 Jahre									
absolut	4	5	5	10	1	3	15	14	57
in Prozent	3,85	3,27	2,89	8,00	0,69	1,14	3,74	2,42	2,89
4—5 Jahre									
absolut	3	3	5	2	4	5	7	4	33
in Prozent	2,88	1,96	2,89	1,60	2,78	1,90	1,64	0,69	1,67
über 5 Jahre									
absolut	6	8	7	9	11	35	32	23	131
in Prozent	5,77	5,23	4,05	7,20	7,64	13,31	7,73	3,97	6,65
Total der Schizophr.									
absolut	104	153	173	125	144	263	427	579	1968
in Prozent	5,23	7,77	8,77	6,35	7,33	13,36	21,69	29,42	
Total d. Schizophr. excl. d. Fälle über 5 Jahre									
absolut	98	145	166	116	133	228	395	556	1837
in Prozent	5,33	7,89	9,03	6,31	7,24	12,41	21,50	30,27	51,79

Die Prozentzahlen sind auf das Total eines Jahrfünft ausgerechnet mit Ausnahme der zwei letzten Kolonnen, deren Prozentzahlen sich auf das gesamte Total beziehen.

Tab. 1b. Die Zahl der an Schizophrenie erkrankten Männer nach der Dauer des Anstaltsaufenthaltes nach Tagen, Monaten und Jahren. (Absolut und prozentual.)

	1876 bis 1880	1881 bis 1885	1886 bis 1890	1891 bis 1895	1896 bis 1900	1901 bis 1905	1906 bis 1910	1911 bis 1915	1876 bis 1915
1—15 Tage									
absolut	6	12	20	9	15	34	64	112	272
in Prozent	5,76	8,27	12,6	9,09	8,87	12,96	17,34	22,09	14,99
1/2—1 Monate									
absolut	12	21	21	10	20	25	45	62	216
in Prozent	11,5	14,5	13,2	10,1	11,89	9,54	12,19	12,22	11,90
1—2 Monate									
absolut	9	19	21	17	28	42	54	78	268
in Prozent	8,65	13,1	13,2	17,2	16,56	16,33	14,61	15,38	14,77
2—3 Monate									
absolut	12	17	12	12	18	21	44	38	174
in Prozent	11;5	11,7	7,55	12,1	10,65	8,01	11,92	7,49	9,59
3—4 Monate									
absolut	6	12	8	5	17	15	23	49	135
in Prozent	5,76	8,27	5,04	5,05	10,06	5,72	6,23	9,66	7,49
4—5 Monate									
absolut	3	5	4	4	9	19	16	27	87
in Prozent	2,88	3,47	2,45	4,04	5,32	7,25	4,33	5,32	4,29
5—6 Monate									
absolut	3	10	4	3	5	12	17	6	62
in Prozent	2,88	6,89	2,45	3,03	2,96	4,96	4,60	1,57	3,41
6—9 Monate									
absolut	12	9	21	8	11	18	25	24	128
in Prozent	11,5	6,02	13,2	8,08	6,51	6,87	6,77	4,73	7,05
9—12 Monate									
absolut	8	12	6	3	6	10	10	20	75
in Prozent	7,69	8,27	3,77	3,03	3,55	3,81	2,71	3,94	4,13
12—15 Monate									
absolut	5	4	11	1	4	7	7	16	55
in Prozent	4,8	2,76	6,91	1,01	2,36	2,67	1,89	3,13	3,03
15—18 Monate									
absolut	8	4	5	2	1	7	11	5	43
in Prozent	7,69	2,76	3,14	2,02	0,59	2,67	2,98	0,98	2,37
18—24 Monate									
absolut	6	3	6	3	2	8	9	14	51
in Prozent	5,76	2,14	3,77	3,03	1,18	3,05	2,43	2,76	2,86
2—3 Jahre									
absolut	7	7	4	7	9	10	16	15	75
in Prozent	6,73	4,82	2,45	7,07	5,32	3,81	4,33	2,95	4,13
3—4 Jahre									
absolut	1	3	4	2	4	5	7	10	36
in Prozent	0,96	2,14	2,45	2,02	2,36	1,90	1,89	1,97	1,98
4—5 Jahre									
absolut	1	3	2	1	3	7	6	10	33
in Prozent	0,96	2,14	1,25	1,01	1,78	2,67	1,62	1,97	1,81
über 5 Jahre									
absolut	5	4	10	12	17	22	15	19	104
in Prozent	4,8	2,76	6,29	12,1	10,36	8,39	4,03	3,74	5,73
Total der Schizophr.									
absolut	104	145	159	99	169	262	369	507	1814
in Prozent	5,74	7,99	8,76	5,46	9,37	14,44	20,34	27,39	
Total d. Schizophr. excl. d. Fälle über 5 Jahre									
absolut	99	141	149	87	152	240	354	488	1710
in Prozent	5,79	8,24	8,71	5,09	8,88	14,03	20,70	28,54	48,21

Die Prozentzahlen sind auf das Total eines Jahrfünft ausgerechnet mit Ausnahme der zwei letzten Kolonnen, deren Prozentzahlen sich auf das gesamte Total beziehen.

Tab. 1c. Die Zahl der an Schizophrenie erkrankten Männer und Frauen nach der Dauer des Anstaltsaufenthaltes nach Tagen, Monaten und Jahren. (Absolut und prozentual.)

	1876 bis 1880	1881 bis 1885	1886 bis 1890	1891 bis 1895	1896 bis 1900	1901 bis 1905	1906 bis 1910	1911 bis 1915	1876 bis 1915
1—15 Tage									
absolut	10	21	37	14	28	76	139	185	510
in Prozent	4,78	7,05	11,14	6,25	8,94	14,48	17,46	17,03	13,48
½—1 Monate									
absolut	16	32	34	22	32	58	91	139	424
in Prozent	7,69	10,73	10,24	9,87	10,22	11,05	11,43	12,79	11,21
1—2 Monate									
absolut	19	34	38	35	44	70	106	168	514
in Prozent	9,13	11,41	11,45	15,62	14,06	13,28	13,32	15,47	13,59
2—3 Monate									
absolut	19	29	26	22	34	41	81	93	345
in Prozent	9,13	9,73	7,83	9,87	10,85	7,81	10,18	8,56	9,12
3—4 Monate									
absolut	12	24	15	10	35	39	51	86	272
in Prozent	5,77	8,04	4,52	4,47	11,18	7,43	6,41	7,93	7,19
4—5 Monate									
absolut	11	14	18	13	16	28	36	56	192
in Prozent	5,28	4,39	5,42	5,80	5,11	5,33	4,52	5,16	5,07
5—6 Monate									
absolut	9	24	14	15	9	25	30	28	154
in Prozent	4,32	8,04	4,21	6,69	2,87	4,76	3,77	2,57	4,07
6—9 Monate									
absolut	23	22	39	19	28	35	65	55	296
in Prozent	11,05	7,38	11,75	8,48	8,94	6,70	8,42	5,98	7,83
9—12 Monate									
absolut	12	21	17	9	9	19	23	49	159
in Prozent	5,77	7,03	5,12	4,02	28,7	3,62	2,88	4,51	4,20
12—15 Monate									
absolut	18	18	16	7	11	14	20	42	146
in Prozent	8,65	6,03	4,82	3,12	3,51	2,66	2,50	3,87	3,59
15—18 Monate									
absolut	12	10	10	7	5	10	18	17	89
in Prozent	5,77	3,35	3,01	3,12	1,59	1,90	2,25	1,56	2,35
18—24 Monate									
absolut	12	9	15	5	6	14	19	36	116
in Prozent	5,77	3,02	4,52	2,23	1,92	2,66	2,38	3,31	3,07
2—3 Jahre									
absolut	15	14	20	10	16	19	35	42	171
in Prozent	7,21	4,39	6,02	4,47	5,11	3,62	4,39	3,87	4,52
3—4 Jahre									
absolut	5	8	9	12	5	8	22	24	93
in Prozent	2,40	2,35	2,71	5,36	1,59	1,52	2,77	2,21	2,46
4—5 Jahre									
absolut	4	6	7	3	7	12	13	14	66
in Prozent	1,92	2,01	2,11	1,34	2,23	2,28	1,63	1,29	1,74
über 5 Jahre									
absolut	11	12	17	21	28	57	47	42	235
in Prozent	5,28	4,03	5,12	9,37	8,94	10,86	5,00	3,87	6,21
Total der Schizophr.									
absolut	208	298	332	224	313	525	796	1086	3782
in Prozent	5,49	7,88	8,78	5,92	8,33	13,89	21,04	28,71	
Total d. Schizophr. excl d. Fälle über 5 Jahre									
absolut	197	286	315	203	285	468	749	1044	3547
in Prozent	5,55	8,06	8,88	5,75	8,03	13,19	21,11	29,43	

Die Prozentzahlen sind auf das Total eines Jahrfünft ausgerechnet mit Ausnahme der zwei letzten Kolonnen, deren Prozentzahlen sich auf das gesamte Total beziehen.

zwölf bis fünfzehn Monaten hat, war nicht zu untersuchen. Die großen Schwankungen der ältesten Kurve sind vielleicht u. a. auch Ausdruck der wechselnden Aufnahmeverhältnisse.

Ganz unerwartet ist das nahe Zusammensein der zweiten und der dritten Kurve. Vom ersten zum zweiten Jahrfünft haben die Entlassungen um 150 v. H. zugenommen, vom ersten zum dritten aber um 400 v. H. Das kommt in den Aufenthaltsdauern kaum zum Ausdruck. Der Gewinn ist also im zweiten Zwischenraum viel weniger einer Abkürzung der Behandlungsdauer als einer Verminderung der mit Dauerpatienten besetzten Plätze zuzuschreiben.[4])

Dies ist um so auffallender, als man gerade in diesem Zeitraum keine der schlimmsten Patienten mehr in andere Anstalten transferieren konnte, so weit es wenigstens Kantonsbürger betrifft. Doch erklärt sich das im Zusammenhang mit der relativen Entlastung der unruhigen Abteilungen und bedeutet, daß, während im ersten Zeitraum namentlich die Behandlung der akuten Fälle verbessert werden konnte, im zweiten die mehr chronischen Patienten, diejenigen, die die Neigung haben, sich zu „Anstaltsprodukten" oder gar „Zellenprodukten" auszuwachsen, in günstigere Verhältnisse kamen.

Immerhin ergibt der rechnerische Durchschnitt auch im zweiten Zwischenraum eine deutliche Abnahme der Behandlungsdauer, die beträgt:

im Jahrfünft 1876/80 278 Tage,
im Jahrfünft 1901/05 229 Tage,
im Jahrfünft 1911/15 184 Tage.

Zusammenfassung: Möglichst frühe Entlassung der Schizophrenen ist ein großer Gewinn. Unter den zahlreichen Mitteln, die anzuwenden sind, um zu diesem Ziele zu kommen, ist eines der wichtigsten die genaue Kenntnis der Psyche der Kranken, wie sie die Psychanalyse vermittelt. Sie erleichtert nicht nur die frühe Entlassung frischer Fälle, sondern führt auch zur Entlassung langjähriger Insassen, wodurch die Zahl der zum Wechseln verfügbaren Betten und damit die Aufnahmefähigkeit einer Anstalt wesentlich erhöht werden kann.

[4]) Wenn bei 400 Plätzen 365 Ein- und Austritte in einem Jahre stattfinden, obwohl z. B. 399 Betten mit Dauerpatienten belegt sind, so daß nur eines seinen Insassen wechseln kann, so ist jeder der 365 wechselnden Patienten je einen Tag in der Anstalt gewesen. Standen aber bei sonst gleichen Zahlen zwei Betten zum Wechseln zur Verfügung, so ist ein Patient durchschnittlich zwei Tage in der Anstalt verblieben.

So selbstverständlich dies ist, wenn man einmal daran gedacht hat, so leicht wird dies übersehen, wie uns die Erfahrung zeigte, da auch ein Statistiker den scheinbaren Widerspruch nicht lösen konnte, daß bei wenig verändertem Bestande der Wechsel sich verfünffachen konnte, während die durchschnittliche Dauer des Anstaltsaufenthaltes der Entlassenen nur um 34 v. H. abgekürzt war. Das obige Beispiel zeigt eben, daß die Entlassungszahlen und die Dauer des Aufenthaltes nicht nur voneinander, sondern auch in beliebig weiten Grenzen von andern Faktoren abhängig sind.

Es mag denjenigen, die ähnliche Untersuchungen unternehmen möchten, angenehm sein, zu sehen, wie auch in anderer Richtung der Bestand das Verhältnis von Aufenthaltsdauer zu Entlassungsziffer beeinflussen kann: Einen Bestand von lauter Dauerpatienten gibt es in Wirklichkeit in keiner Anstalt, auch wenn man die Abgänge durch Tod, wie es hier gemacht worden ist, nicht in Betracht zieht. Gelegentlich tritt doch einmal einer von dem alten Bestande aus. Setzt man das in das frühere Beispiel: 365 Patienten haben nach einem Tag Aufenthalt die Anstalt verlassen, aber neben ihnen ist vom alten Bestande noch ein Kranker ausgetreten, der 50 Jahre in der Anstalt war. Dann beträgt die Durchschnittsdauer des Aufenthaltes auf einmal 50 mal mehr, genauer: $\frac{50 \times 365 \times 365}{366} = 50{,}9$ Tage. Zwei Austritte von 25 jährigen Insassen würden einen wenig verschiedenen Einfluß ausüben.

In beigefügter Statistik hat der Ausschluß der mehr als fünf Jahre anwesenden Patienten solche Zufälligkeiten verhindert.

Seelenkundliches.

Von **J. Bresler.**

(Fortsetzung.)

Ein anderer Fall von allgemeinem Schwachsinn.

Der Unterricht in Latein und Griechisch anhängt unserer Kultur noch immer wie eine Nabelschnur; schneiden wir sie endlich durch und begnügen wir uns mit dem Stolz, einen klassischen Nabel als Siegel der Bildung aufweisen zu können. Es wird gesagt, man könne logisch denken lernen — das scheint der schwerwiegendste Grund — nur durch

Erlernung von Latein und Griechisch. Von wem haben es Griechen und Lateiner gelernt? Antwort: Es war Folge und Ausdruck gesunder, kräftiger Beschaffenheit des Volkes an Leib und Seele des Einzelnen. Wie ein Minderbegabter nie zu selbständigem tiefem Denken gelangen kann, so auch nicht ein Volk von Schwachköpfen, und ein schwacher Kopf ist Folge von Krankheit, erworbener oder angeborener, ererbter. Einem, der nicht von Haus aus Verstand hat, nützt Griechisch und Latein gar nichts, und wer ihn hat, kommt unter natürlicher Reifung und Erprobung des Verstandes ohne Latein und Griechisch auch vorwärts. Der gesündeste Mensch und das gesündeste Volk werden immer den besten Verstand und das Herz auf dem rechten Fleck haben.

Aber kann man nur durch Latein und Griechisch denken lernen? Nein. Die Israeliten, die Ägypter, die Inder haben es auch schon gekonnt; sie haben die Knaben nicht jahrelang wöchentlich 14 bis 16 Stunden Latein und Griechisch lernen lassen können.

Kann man auch durch neuere Sprachen und in ihnen denken lernen? Ja. Andernfalls würde ich dringend empfehlen, die Schöpfungen unserer Denker und Dichter ins Lateinische und Griechische zu übersetzen und uns auf diesem besseren Wege zugänglich zu machen.

Angenommen, wir könnten die Lektüre der lateinischen und griechischen Klassiker zu unserer Bildung nicht entbehren, — ist es möglich, sie uns durch Übersetzung in gleichartiger Weise zugänglich zu machen? Nichts ist leichter als das; denn die Bibel, die an dichterischen Schönheiten und Tiefen des Geistes und Gemüts doch wohl auch Hervorragendes bietet, ist mit solchem Erfolg in die deutsche Sprache übersetzt worden, daß sie heute noch wie vor und seit ihrer Übersetzung in der ärmsten, engsten Hütte wie auf Thronen, von der schlichtesten Frau wie dem größten Gelehrten gelesen wird und sie hier wie dort aufrichtet und erbaut, Andacht und Trost spendet. Der Vergleich der Übersetzung mit dem „Teppich von der Rückseite" ist eine törichte Redensart und durch Luthers Bibelübersetzung und viele andere Übersetzungen längst widerlegt. Wer ihn auf die deutsche Sprache anwendet, kennt sie nicht, die noch immer für die höchsten Gedanken und innigsten und stärksten Gefühle klarsten, schönsten und reichsten Ausdruck gefunden hat.

Wird Denken auch durch andere Mittel geübt? Ja. Und zwar durch Mathematik viel mehr als durch fremde Sprachen. Der große Philosoph Cartesius sagte: Gott denkt in Geometrie.

Wird durch Erlernen fremder Sprachen überhaupt das Denken geübt? Vielleicht. Aber dann eigentlich nur im Sinne bescheidener Bereicherung der Begriffe, insofern Begriffe, die mit gleichsinnigen Worten zweier Sprachen verbunden sind, sich nicht absolut decken, ferner durch ebenfalls sehr bescheidene Vertiefung in andersartige Satzgefüge, Gleichnisse usw. Aber dies ist, wie bemerkt, so wenig, daß es die aufgewandte Mühe nicht lohnt; es hat Interesse für die Sprachforscher, aber kein praktisches. Wenn sonst jemand davon profitiert, so ist es, weil er sprachliche Begabung und ebensolche Neigung entgegenbringt, aber auch dann gehört mehr als gymnasialer Sprachunterricht dazu. Wo diese Bedingungen nicht vorliegen, wird durch erzwungene Beschäftigung mit fremden Sprachen über das praktisch Notwendige hinaus die Ausbildung in der Muttersprache und sogar im Denken durch u n n a t ü r l i c h e n u n v e r d a u l i c h e n F o r m e n k r a m benachteiligt.

Also erspart man der Jugend sehr viel Zeit, wenn man sie statt Latein und Griechisch lebendige Sprachen lehrt? Selbstverständlich.

Ist es nötig, daß wir Zeitersparnis und praktischem Bedürfnis Rechnung tragen? Es ist traurig, daß diese Frage noch gestellt werden muß in einer Zeit, wo die Jugend durch den Krieg um viele Jahre in der Ausbildung zurückgeblieben ist, wo es darauf ankommt, daß jeder in den Beruf das größtmögliche Maß von Frische und Spannkraft mitbringt, damit der Mangel an Arbeitskräften durch doppelte und dreifache Leistungen des Einzelnen ausgeglichen wird.

Werden die geistigen Güter durch die weitgehende Einschränkung des Unterrichts an den höheren Schulen auf das Praktische leiden? Denker, Dichter, Künstler, Staatsmänner, überhaupt alle, welche durch Genie und Talent höhere Werte schaffen, werden v o n M ü t t e r n g e b o r e n, n i c h t v o n S c h u l e n.

Ich halte daher für unabweislich notwendig und schlage vor: Abschaffung von Latein und Griechisch auf den höheren Schulen und Fortlassen der beiden obersten Klassen. Dadurch werden zwei Jahre zur Ausbildung für den Lebensberuf gewonnen. Die Jugend hat im Kriege unzählige Male durch die Tat bewiesen, daß sie schon mit 20 Jahren die verantwortungsvollsten Aufgaben zu erfüllen vermag, Aufgaben, welche das Opfer des eigenen Lebens himmelhoch über die Anforderungen der Friedensberufe stellt. Sollte ein Hochschullehrer dagegen protestieren, so würde er seinem Fach das Armutszeugnis ausstellen, daß es keinen allgemeinen Bildungswert besitzt.

Der seelenkundliche Belang: Die beständige Besetzung des jugendlichen Geistes mit Formen toter Sprachen ist Enteignung der geistigen Bodenfläche, auf der lebendiges Deutschtum gepflegt und Wissen der Gegenwart gepflanzt werden soll. Ein Zwiesinn, eine Doppelzüngigkeit wächst darauf, die der gesunden geistigen Entwicklung hinderlich ist, eine Schädigung der Urwüchsigkeit kommt zustande, indem solche Erziehung Geisteswerte und Lebensziele außerhalb des Landes, fern von Vaterland, Gegenwart und Wirklichkeit suchen läßt, wie jemand zwei Seelen in der Brust hegt, dessen Glaube nicht in der Geschichte seines Volkes, in den Äckern und Fluren seines Vaterlandes wurzelt.

Der Schwachsinn der Masse — in diesem Falle der Masse der Gebildeten — besteht im Mangel an völkischem Selbstbewußtsein und völkischer Selbstbewertung bei reichlichst vorhandenem tatsächlichem Wert, in schwächlicher, kinderhafter Anlehnung an Altes, längst Vergangenes, Gestorbenes, nicht aus Mangel an eigener Kraft, sondern aus Unkenntnis derselben, in Eitelkeit und Selbstsucht, insofern durch das Studium der alten Sprachen eine Art gebildeter Kaste geschaffen wird. Es gibt Gott sei Dank noch viele gesunde junge Leute, die sich instinktiv gegen übertriebenen Unterricht in den alten Sprachen wehren wie gegen fortwährendes Betasten von Leichen und die, sobald von diesem Zwang befreit, das Unnatürliche fröhlich in die Fluten des Vergessens gleiten lassen.

Schicksal und Geisteskrankheit.

Seit einiger Zeit ist das Wort Schicksal und schicksalsmäßig bei gewissen Geisteskrankheiten wissenschaftlicher Modeausdruck geworden dafür, daß es sich um etwas ohne äußeren Anlaß Auftretendes handelt, das wir nicht verhüten und nicht heilen können. Meines Erachtens kann vor Anwendung des Wortes im bezeichneten Zusammenhange nicht ernstlich genug gewarnt werden.

Schicksal bedeutet nicht eine uns unbekannte, von außen wirkende Macht, sondern denjenigen Zustand, in welchem sich die Seele mit ihrem Geschick abfindet. In Trübsal, Mühsal, trübselig, mühselig liegt der Ursprung der Silbe „sal" noch deutlich zutage. Schicksal bedeutet Verzicht auf Beeinflussung der In- und Umwelt. Für solche Einwirkung aber gestalten sich die Bedingungen von Tag zu Tag anders. Seuchen sieht man nicht für Schicksal an. Der morgige Tag kann uns unheilbarer Leiden Arzt und Herr werden lassen; freilich nicht, wenn wir den Dingen frag- und tatlos gegenüberstehen; aber das tut der Mensch gar nicht einmal.

Schicksal weist auch auf Fehlen eines Zusammenhangs zwischen geistiger Erkrankung und Lebensführung; ein solcher ist aber gerade bei den für das Gedeihen unserer Rasse wie überhaupt der Kulturrassen verderblichen Krankheiten, Geschlechtsseuchen und Alkoholismus, vorhanden. Zwar spricht man hier nicht von Schicksal, aber die von innen heraus („endogen") entstandenen Krankheiten, also die „Schicksalkrankheiten", sind meist mindestens mittelbar Folge von unrichtiger Lebensführung, von Alkohol und Syphilis, Fernwirkungen „bis ins tausendste Glied". „Die Erblichkeit hat ihre Gesetze wie die Schwere", schreibt Emil Zola in der Vorrede zu La fortune des Rougon, 1871; obgleich dies bereits durch Jahrtausende Binsenweisheit, muß es auch heute und immer wieder von neuem geschrieben werden.

Also: es gibt „schicksalmäßige" Erkrankungen nur in den Köpfen der Dichter und Romanschriftsteller, nur in Schauspiel und Roman!

„In deiner Brust sind deines Schicksals Sterne!" Schillers ausgezeichnete medizinische Doktorarbeit [1]) lehrt uns, daß diese in seinen Werken öfter wiederkehrende Auffassung medizinischer Herkunft ist.

Zur Erklärung des Selbstmordes.

Selbstmord dem Verständnis näher zu bringen, bedarf es zweier Voraussetzungen. Es muß ausgeschaltet werden: 1. Die Frage nach Bewußtsein und Wille. Das darf geschehen; die für Beobachtung zugängliche seelische Beschaffenheit ist nicht ausschlaggebend; Selbstmord kommt in allen möglichen seelischen Zuständen vor, als Ergebnis klarster gedanklich folgerichtiger Weltanschauung und Begründung wie unter Abwesenheit jeden Bewußtseins und Denkens. 2. Die Frage nach dem Mittel des Selbstmordes, weil alle möglichen Mittel und Umstände verwendet werden, vom süßen Morphiumrausch bis zum heldenhaften Dolchstoß ins Herz.

So des Unwesentlichen entkleidet, besteht der Selbstmord in Vernichtung lebenswichtiger Zellgruppen durch Nervenzellen der Hirnrinde. Ersichtlich ist dies in Fällen von Dauerkrampf, wo die krankhaft gesteigerte Erregtheit der Hirnrinde zu Tod durch Herzlähmung führt, und bei Schwer-

[1]) „Versuch über den Zusammenhang der tierischen Natur des Menschen mit seiner geistigen."

mütigen, wenn, eben infolge Erkrankung der Hirnrinde, die Nahrungsaufnahme bis zum Tod durch Erhungern eingestellt wird. Hier wie dort spricht man zwar nicht von Selbstmord; es ist aber nichts anderes. Wenn die geordnete Wechselwirkung der Zellgruppen in Widerstreit ausartet, kann die eine Gruppe durch die andere vernichtet werden. Tötung und Beseitigung schädlicher Zellen gehört zur regelrechten, naturbestimmten Aufgabe mancher Zellen. Was man jetzt als Autointoxikation, Selbstvergiftung, bezeichnet, Erkrankung oder Tod durch Stoffe von Drüsen oder anderen Zellgruppen, die in diesen infolge Erkrankung oder gesteigerten Absonderns gebildet werden, ist auch eine Art Selbstmord. Es liegt nahe anzunehmen, daß Hirnrindenzellen auf dem Wege solcher Vergiftung durch Stoffe aus anderen Zellengruppen in einen Zustand versetzt werden, in dem sie rückwirkend das Leben ihrer Mitbürger im Zellenvolk bedrohen und vernichten. Man braucht nur Einblick zu tun in das labyrinthische und doch so wunderbar geordnete Getriebe der Innendrüsen[1]) und ihre verwickelten und doch aufs schärfste und feinste abgestimmten Beziehungen zu den Nervenzellen, in die Wirkung von Drüsenstoffen, die sich bei Mengen von weniger als $^{1}/_{1000000}$ Gramm schon sichtbar zu erkennen gibt, um sich von der Wahrscheinlichkeit obiger Erklärung des Selbstmordes zu überzeugen.

Alkoholismus und Nikotinismus als Kraftmesser.

Aus Übeln, die sich nicht beseitigen lassen, soll man immer noch versuchen, irgendwie Nutzen zu ziehen. Es macht z. B. jemand geltend, daß seine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit den zu erfüllenden Anforderungen nicht entspricht, er klagt über Schlaflosigkeit, Herz- und Atembeschwerden, Appetitlosigkeit, unregelmäßige Darmentleerung, Nervenschwäche, Schwindel, ein bißchen Aderverkalkung usw. Aber die Finger zittern, der Atem riecht nach Alkohol und Tabak, Daumen, Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand (manchmal auch der linken) und die Zähne sind von Tabak gelblichbräunlich gefärbt, die Augenbindehaut leicht gerötet, das Gesicht etwas fahl, man weiß aber auch, daß er ab und zu bis in die Nacht und in die frühen Morgenstunden trinkt und raucht und gelegentlich auch tanzt usw. Ihn nun kann man zu seiner Gesundheit und Kraft beglückwünschen, ihn und das Vaterland! Denn er darf sich mit Recht, ohne zu prahlen, rühmen, nicht nur die Kraft, sondern auch die Zeit zu besitzen, dem Vaterland als voll leistungsfähiger Mann zu dienen, fähig, die größten körperlichen und seelischen Strapazen spielend zu ertragen, mag auch das Herz etwas unregelmäßig schlagen, die Hand zittern, der Schlaf ihn nicht immer gerade in freundliche Traumwelten führen. Denn diese kleinen Beschwerden läßt er ja nicht einmal im Zecherkreise laut werden, wieviel weniger wird er es tun da, wo höhere Ziele winken!

Er ist auch gegen Seuchen gefeit, denn seinem Blut, das Jahr ein, Jahr aus enorme Mengen von Gegengift gegen Alkohol und Nikotin zu erzeugen vermag, wird es spielend gelingen, die natürlichen Abwehrstoffe gegen Gifte von Seuchepilzen rechtzeitig und reichlich zu erzeugen!

Und solcher glücklicher Tüchtigen gibts trotz Verteuerung von Alkohol und Tabak noch genug!

Die Berliner Begabtenschulen.

Es ist alte Erfahrung und Weisheit, daß man Art und Grad der Begabung nicht lediglich aus der Menge erworbenen Schulwissens erschließen kann; noch weniger aus einmaliger Schulprüfung oder Verstandesmessung. Nur der Lehrer, welcher längere Zeit den Schüler und seine Art, aufzufassen, zu lernen und das Gelernte zu verwenden, beobachtet hat, kann am besten über seine Begabung urteilen. Zu den Berliner Begabtenschulen werden jährlich aus den verschiedenen Schulen 300 Schüler angemeldet und aus diesen wiederum die 30 bis 40 höchstbegabten ausgesucht. Bei dieser engeren Auswahl wird nun neuerdings die Messung der geitigen Fähigkeiten verwendet; man nimmt das Verstandmaß, wenn ich den Ausdruck gebrauchen darf, wie man sonst von Kopfmaß und Brustmaß spricht. Moede, Piorkowski und Wolff (Die Berliner Begabtenschulen, ihre Organisation und die experimentellen Methoden der Schülerauswahl. Langensalza 1918) haben diese Untersuchungen beschrieben. Sie schildern und betonen angelegentlich die — von ihnen behauptete — Unzulänglichkeit der praktischen Erfahrung des Lehrers für jenen Zweck, aber geben selbst zu, daß die näheren Umstände, die zur Verfügung stehende Zeit, die gewünschte Aufnahme in eine höhere Lehranstalt bestimmter Beschaffenheit, die Aussonderung nur der Spitzenleistungen gebieterisch vorschrieben, sich in der Untersuchung auf Hauptleistungen des Bewußtseins zu beschränken, während eine voraussetzungslose Lösung der vorliegenden Aufgabe einer Begabungsauslese möglichst erschöp-

[1]) Vergl. Nervenstörungen und innere Sekretion. Halle, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

fende Untersuchung des Bewußtseins und seiner Funktionen verlange (S. 109).

Bei aller Anerkennung der aufgewendeten Mühe kann man nicht zugeben, daß die Mittel, die sie benützen und die vielfach an die Aufgaben in der Rätselecke in Zeitungen und an Vexierspiele und -kunststückchen erinnern — Besseres, Sichereres und Genaueres oder gar Vollständigeres liefern als die jahrelange, tägliche Beobachtung des Lehrers zutage gefördert hatte. Durch das Neue der Sache oder vielmehr die Anwendung einer alten Sache an einem ungewohnten Ort und in wissenschaftlicher *Form* darf sich das Urteil nicht bestechen lassen. Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis, Begriffsfähigkeit, Kombination, Urteilsleistung, Anschauung, Beobachtungsgabe, die sie mit Meßapparaten und an bestimmten Probebeispielen in einigen Sitzungen prüfen und berechnen, hat der Lehrer längst und täglich bei seinen Schülern feststellen und bewerten können, und zwar *ohne daß der Schüler sich dabei beobachtet wußte* — was von ganz fundamentaler, von den Verfassern aber nicht genügend gewürdigter Wichtigkeit ist — und unter den *Einflüssen und Schwankungen*, welchen das seelische Leben des in *Entwicklung begriffenen Körpers ohnehin* und welchen es im Wandel *äußerer* Ereignisse ausgesetzt war. Gegenüber jenem Rätseleckenbetrieb ist die jahrelange Beobachtung durch den Lehrer wissenschaftlicher und ernster.

Wenn z. B. angesichts eines Bildes, auf dem ein Mann von einem blühenden Baum Raupennester entfernt, gefragt wird: Erntete der Mann auf dem Bilde Äpfel oder Birnen? (S. 158), so werden mit der Zeit auch Berliner Halbidioten hinter das Geheimnis derartiger Begabtenprüfung kommen und deren beschränktes Repertoire bald beherrschen. Ich empfehle dazu noch die Geschichte aus 1870-71 von dem Grenadier, dem ein Arm abgehauen worden war und der sich aus Gram den andern auch noch abschlug, oder die von Friedrich dem Großen und dem Bahnwärter!

Man treibt keine wohlfeile Methodenkritik, wenn man behauptet, daß die messende Seelenkunde noch durchaus unreif ist für Verwendung im praktischen Leben. Daß ihre bisherigen Ergebnisse denen, die in dankenswertester Weise Zeit und Mühe daran setzen, sehr bedeutungsvoll erscheinen, ist menschlich verständlich, bleibt aber doch eine Selbsttäuschung.

Wie sehr unreif die messende Seelenkunde noch ist, zeigt ihre völlige Unzulänglichkeit für die *Charakterbeurteilung*, und davon sagt doch die Schrift selbst (S. 179): „Zur Bewährung in der Begabtenschule gehören aber neben hervorragenden intellektuellen Fähigkeiten auch *gute Charaktereigenschaften*. Die Gutachten der Schule über den Charakter der Kinder und ihr sittliches Verhalten sind daher keinesfalls zu entbehren und eine erwünschte Ergänzung des experimentellen Befundes." Die Seelenmessung selbst aber hat hierzu so gut wie gar nichts zu geben vermocht und das ganze Thema: Charakterfeststellungen wird in der 224 Seiten umfassenden Schrift auf knappen *zwei* Seiten erledigt!

Wenn nun der Berliner Stadtschulrat Dr. *Reimann* im Nachwort (S. 224) berichtet, daß — nach *zehnwöchiger* Unterrichtszeit — die Urteile der Lehrer mit den Ergebnissen der messenden Seelenkunde sich in hohem Maße deckten, so kann man nur sagen, daß die letzteren durch erstere bestätigt worden sind; von einem umgekehrten Verhältnis aber, wie es in der Schrift (S. 178, 179) aufgestellt wird, kann bei dem heutigen Stand der messenden Seelenwissenschaft nicht im entferntesten die Rede sein.

Die Begabtenschulen sind nicht entstanden und stehen und fallen, Gott sei Dank, auch nicht mit der messenden Seelenkunde, unfertig wie diese heute ist. Wir hoffen zwar alle, daß sie einmal, wie die Astronomie den Lauf von Himmelskörpern, so das Schicksal von Menschenseelen wird berechnen können. Wenn aber behauptet wird: „Der Psychologe kann ebenfalls bei Kenntnis gewisser Elemente des Bewußtseins andere Reaktionen der betreffenden Person voraussagen, wie die experimentelle Praxis täglich beweist" (S. 182), so muß das für Gegenwart und nächste Zukunft glatt und ganz bestritten werden.

Die von den *Lehrern* für die Begabtenschulen ausgesuchten Kinder mögen wohl ein gutes Material für die Erforschung der Merkmale der Begabung sein, aber nicht umgekehrt sind wir schon soweit — oder vielmehr noch soweit zurück, daß wir letztere erst durch das Verstandmaß zu dem stempeln lassen müßten, was sie ist.

Halten wir solche unfertigen Künsteleien von den Begabtenschulen fern, so helfen wir die ohnehin drohende Gefahr abwenden, daß diese so überaus segensreiche Einrichtung etwas *Treibhausartiges* annimmt.

Und weil ich diese Einrichtung, die übrigens auch in England geplant ist, für so sehr nützlich halte, so erachte ich es für nötig und empfehle dringend, alsbald und ehe die Entwicklung zu endgültigen, aber unglücklichen Formen und zu Mißgestalten geführt, ganze Arbeit zu machen:

Heraus mit den Begabtenschulen aus dem Sumpf der Großstädte, hinaus aufs Land, in die Natur. Das sind wir diesem kostbaren Nachwuchs unseres Volkes, diesen meist besonders zart veranlagten und gesundheitlich gefährdeten Kindern, ihrem körperlichen und seelischen Gedeihen, schuldig. Wenn wir die Begabtenschulen auf dem Lande einrichten, dann wird unter Mitwirkung der Provinzen dafür gesorgt werden können, daß unbemittelten begabten Kindern auch aus Dorf und Kleinstadt der Segen dieser Einrichtung zuteil wird.

Dann wird aus der Begabtenschule das werden, was sie meines Erachtens sein sollte, eine **Tüchtigenschule.**

Nachtrag.

Nach Niederschrift obiger Ausführungen kam mir ein Aufsatz von Dr. phil. et med. E. Stern in Straßburg, Bemerkungen zur Frage der „Begabtenauslese", Zeitschr. f. Pädagog. Psychologie und Experimentelle Pädagogik, Sept.-Okt. 1918, zu Gesicht. Auch er fordert, daß man ein größeres Gewicht auf die Beobachtungen der Lehrer legt, erinnert an den Einfluß der Pubertät, demzufolge keine bestimmte Voraussage über die fernere Entwicklung des Begabten möglich ist, und bemängelt die Bevorzugung der logischen Tätigkeit bei den Prüfungen.

Ich möchte noch die Frage aufwerfen: Wodurch wird festgestellt, ob ein Lehrer sich zum Lehrer gerade in Begabtenschulen, ein Psychologe zur Feststellung von Begabung eignet?

Ferner: Die „Intelligenzen" in den Großstädten rekrutieren sich nicht in dem Maße aus der großstädtischen Bevölkerung, daß für letztere die Begabtenschule ein Bedürfnis und sie selbst eine besonders reiche Quelle dafür wäre, sondern stammen in der absoluten und relativen und überwiegenden Mehrzahl aus dem Lande. Ohne diesen Jungbrunnen wären die Großstädte längst geistig verarmt.

In diesem Zusammenhang muß ich auch auf die treffenden Ausführungen von M. Vaerting in Berlin („Der Einfluß der männlichen Geistesarbeit auf die biologische Höherentwicklung der Menschheit", Zeitschr. f. Sexualwissenschaft, V, Heft 7, Oktober 1918) hinweisen. Er sagt S. 233: „Denn je stärker die Hirnausbildung und -anstrengung des Mannes, um so mehr nimmt die Vererbungskraft für geistige Anlagen ab, um so weniger begabt sind die Nachkommen" .... „die Ausbildung wird immer schwieriger und länger, die Kinderzeugung des Mannes erfolgt immer später. In diesem Punkte liegt die Riesengefahr einer immer mehr fortschreitenden Verdummung des menschlichen Geschlechts. Dieser Begabungsverarmung, die durch keine noch so große Vermehrung der traditionellen Erkenntnis aufgewogen werden kann, muß mit allen Mitteln entgegengearbeitet werden." .... „Keine Generation hat das Recht, das ihr überkommene lebendige geistige Erbgut zu verbrauchen. Es ist im Gegenteil Pflicht, es in den Nachkommen zu vermehren. ... Die Leistung der gegenwärtigen Generation braucht dadurch nicht einmal verringert zu werden. Es heißt nur, beim Manne geistige Leistung und gute tüchtige Fortpflanzung in Einklang zu bringen." Nach Vaerting „hat die Menschheit den Raubbau an der angeborenen Begabung in ein System gebracht".

Referate.

— **Ein Fall von sogen. lokalisiertem Tetanus, infolge einer Stichverletzung.** Von A. von Sarbó. Wien. klin. Wochenschr. 1918 Nr. 29.

Der Fall beweist die Fortleitung des Tetanusgiftes durch den motorischen Nerv in die Vorderhörner des Rückenmarkes und das Vorkommen von lokalisiertem Tetanus an den Extremitäten und von degenerativem Muskelschwund infolge Untergang der motorischen Ganglienzellen. B.

— **Hysterische Kieferklemme nach Unterkieferbruch. Heilung durch suggestive Faradisation.** Von J. Donath. Wien. klin. Wochenschr. 1918 Nr, 29.

Der Titel gibt schon den Inhalt an. B.

— **Kasuistik zum „induzierten Irresein".** Von Helene Deutsch. Wien. klin. Wochenschr. 1918 Nr. 29.

Es handelte sich um drei intellektuell minderwertige suggestible Personen von labilem Nervensystem, auf die schwere äußere Schädigungen eingewirkt hatten, dem Inhalt nach um krankhafte Phantasiegebilde. B.

— **Über psychogen bedingte assoziierte „Blickparesen".** Von L. Sztanojevits. Wien. klin. Wochenschr. 1918 Nr. 29.

Zwei Fälle okulärer Hysterie mit doppelseitiger hysterischer Amaurose. B.

— **Die phonetische Behandlung von stimm- und sprachbeschädigten Kriegsverwundeten und -erkrankten.** Bericht über das zweite Tätigkeitsjahr, Juli 1917 bis Juli 1918, der Sprachstation zu Friedrichsberg. Herausgegeben von Helmcke, Panconcelli-Calzia

und W e y g a n d t. „Vox" Internat. Ztrbl. für experim. Phonetik 1918 Heft 3-4.

Bringt wieder eine reiche (111) Kasuistik der verschiedensten Störungen. B.

— **Zeitschrift für Sexualwissenschaft.** V. Bd. 4. Heft Juli 1918.

Enthält u. a. F l i e ß, über innere Sekretion, J. B l o c h, über traumatische Impotenz (besonders nach Gehirn- und Rückenmarkerschütterung; auch die von Herodot und Hippokrates geschilderte rätselhafte „S k y t h e n k r a n k h e i t", θήλεια νοῦσος soll traumatische Impotenz durch Gehirnerschütterung gewesen sein). B.

— **Beitrag zur Frage der Versorgung verbrecherischer Geisteskranker.** Von H. R a s t. Inaug.-Diss. Bern 1918.

Aufzählung und Erörterung der betreffenden Gesichtspunkte; Beispiele; Empfehlung von B e s t r a f u n g b e i v e r m i n d e r t Z u r e c h n u n g s f ä h i g e n mit m i l d e r e n, aber dafür l ä n g e r e n Strafen. B.

— **Über einen Fall von Hypophysistumor.** Von W. L o h m a n n. Inaug.-Diss. Kiel 1907.

Dystrophia adiposogenitalis und Sehstörungen sicherten Diagnose am Lebenden. B.

Therapeutisches.

— **Die Behandlung chronischer Herzmuskelinsuffizienz.** Von Prof. Dr. med. E i c h h o r s t, Zürich. Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 118 H. 4 und 5, S. 337.

Bei vorübergehender Herzmuskelschwäche empfiehlt E. Pulvis fol. digital. und Diuretin, bei dauernder Digalen, eventuell jeden Morgen ein Klysma aus 5 ccm lauwarmem Wasser, 10 Tropfen Digalen Cloetta, 10 Tropfen Tinctura Strophanti und 0,3 Theocin. Der Erfolg war überraschend gut und schnell. Die Kranken gebrauchten die Mikroklysmen täglich seit länger als sechs Monaten fort; wurde der Versuch gemacht, sie zeitweise auszusetzen oder die Arzneien in geringerer Menge zu verwenden, so machten sich sofort Herzbeschwerden, Atemnot, Harnverminderung, Hautödem und Schlafstörung bemerkbar. Unannehmlichkeiten ev. Reizungen im Mastdarm beseitigte Verf. durch Zusatz von 5 bis 10 Tropfen Opiumtinktur zum Klistier. Bei einigen Kranken stellte sich Erbrechen ein. Es hörte mehrfach auf, wenn er die Theocingabe auf 0,2 bis 0,1 herabsetzte. Von den früher so sehr gefürchteten kumulativen Wirkungen der Digitalis bei längerer Anwendung, z. B. ungewöhnliche Pulsverlangsamung, Pulsbeschleunigung, Pulsunregelmäßigkeiten, hat er bisher nie etwas gesehen.

Wirtschaftliches.

— Für die Konservierung von Lebensmitteln kommt Kühlung mittels Natureis oder maschinelle Kühlung in Betracht. — Erstere Art setzt das Vorhandensein genügender Mengen Natureis voraus, was aber oft nicht der Fall ist. Abgesehen davon sind die Vorzüge, welche die maschinelle Kühlung gegenüber der Verwendung von Natureis bietet, so bedeutend und so allgemein bekannt, daß jetzt bei Neuanlagen wohl nur noch in seltenen Fällen Natureiskühlung gewählt wird. — Schwierig ist es, von den vielen am Markte befindlichen Kältemaschinensystemen das beste und geeignetste zu treffen.

Von einer guten Kältemaschine verlangt man in erster Linie Zweckmäßigkeit der Konstruktion, damit Bedienung und Wartung von jedermann nach kurzer Unterweisung

ohne weiteres übernommen werden kann. Außerdem soll der Kraftverbrauch der Maschine auf ein Mindestmaß reduziert und unbedingte Betriebssicherheit gewährleistet sein. Eine Kältemaschine, welche allen Anforderungen, die man an eine solche billigerweise stellen kann, in weitgehendstem Maße entspricht, wird schon seit langem von der Firma Gebrüder Bayer, Augsburg, unter dem Namen Kältemaschine „Bavaria" auf den Markt gebracht.

Die „Bavaria", die in den verschiedensten Größen gebaut wird, hat in Krankenanstalten, Hotels, Gasthöfen, Metzgereien, Brauereien, Molkereien, Konditoreien usw. gleichmäßig sehr günstige Aufnahme gefunden und ihre Besitzer nach jeder Richtung hin befriedigt. Es ist hier nicht der Ort, Einzelheiten dieses Systems näher zu erläutern, doch wird die genannte Firma allen Interessenten, welche die Anschaffung einer Kühlmaschine ins Auge gefaßt haben, auf Wunsch mit ausführlichem

Drucksachenmaterial und eventuell unverbindlichem Ingenieurbesuch dienen.

— Die **Fa. Paul Schwenkert, Dessau, Rabestraße 10,** langjährige Lieferantin für Sanatorien und Kliniken, teilt mit, daß sie einen neuen Katalog für Heil- und Pflegeanstalten und Sanatorien herausgegeben hat über ihre sanitären Emailleartikel und Kochgeschirre und daß sie diesen Katalog den Verwaltungen auf Wunsch kostenfrei zusendet.

Personalnachrichten.

— **Bautzen.** Dem Oberarzt der psychiatr. Beobachtungsabteilung an der Strafanstalt, Medizinalrat Dr. Hofmann, wurde die Stelle des Bezirksarztes im Medizinalbezirk Döbeln übertragen.

— **Charlottenburg.** Die Dr. Edelsche Heilanstalt für Gemüts- und Nervenkranke, hier, konnte am 24. Februar d. J. auf ihr 50 jähriges Bestehen zurückblicken. Begründet von San.-Rat Dr. Karl Edel steht sie jetzt unter der Leitung von San.-Rat Dr. Max Edel und Dr. Gustav Emanuel.

— **Hubertusburg.** Dem Oberarzt der Landes-Heil- und Pflegeanstalt, Medizinalrat Dr. Arnemann, wurde die Stelle des Bezirksarztes im Medizinalbezirk Chemnitz-Land übertragen.

— **Lüben i. Schl.** Oberarzt San.-Rat Dr. J. Bresler ist zum Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Kreuzburg, Oberschlesien, ernannt.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma
A. Marcus & E. Webers Verlag
(Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn
bei, welchen wir der Beachtung unserer Leser bestens empfehlen.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. **Nr. 49/50. 1918/19.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von
Geh. San.-Rat Prof. Dr. **K. Alt** Uchtspringe (Altmark), Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle, Chefarzt San.-Rat Dr. **Beyer**, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Sanitäts-Rat Dr. **Deiters**, Grafenberg, Sanitätsrat-Rat Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin), Medizinal-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer**, Frankfurt a. M., San.-Rat Dir. Dr. **Herting**, Galkhausen (Rhl.), Geh. Med.-Rat Dr. **Ilberg**, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), Dir. Dr. **Kluge**, Potsdam, Dir. Dr. **Lehmann**, Lindenhof, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R., Dir. Dr. **v. Olah**, Budapest, Prof. Dr. **A. Pilcz**, Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß**, Wien, Geh. Rat Prof. Dr. **E. Schultze**, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger**, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke**, Eglfing b. München, Prof. Dr. **H. Vogt**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. Joh. Bresler,
Kreuzburg, Oberschlesien.

Verlag und Ausgabe: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 49/50. 15. März **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 60 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Oberschlesien) zu richten.

Inhalt:

Über Geistesstörungen bei Kriegsgefangenen.

Von Dr. **Alexander Pilcz**, Wien.

So weit mir die Literatur zugänglich war, liegen über das Thema „Geistesstörungen bei Kriegsgefangenen" nur zwei ausführlichere Mitteilungen vor, die 1916 erschienene von Pappenheim, und 1917 von Spliedt. Ersterer berichtet über 26 Fälle (eigentlich über 28, wenn man einen Fall von Simulation aus Arbeitsunlust und einen anhangsweise in einer Fußnote mitgeteilten Fall von Psychose mitzählt); letzterer verfügt über ein größeres Material, nämlich 114 Fälle. Ein weiterer Beitrag zu diesem Gegenstande mag daher gestattet sein, da ich während der ersten zweiundeinhalb Kriegsjahre, während welcher Zeit ich die psychiatrische Abteilung des Garnisonspitales Nr. 1 in Wien zu leiten hatte, 264 Fälle zu beobachten Gelegenheit hatte, die in Kriegsgefangenschaft geraten waren. Davon betrafen 54 Angehörige unserer Armee, die als geisteskranke Austauschinvaliden aus der russischen Kriegsgefangenschaft heimbefördert worden waren. Von den restierenden 210 wuchsen 199 aus den betreffenden Kriegsgefangenlagern zu, 11 aus verschiedenen Betrieben und Werkstätten, in denen die Gefangenen beschäftigt worden waren.

Wenn wir zunächst das Gesamtmaterial überblicken, so verteilen sich die 264 Fälle wie Tabelle 1 zeigt:

Melancholie	24
Manie	2
Amentia	31
Periodische Psychosen	15
Schizophrenie	86
Paranoia	5
Paralyse	17
Übertrag:	180
Dementia arteriosklerotica	3
Dementia traumatica	5
Epileptische Psychosen	8
Hysterische Psychosen	11
Alkoholische Psychosen	4
Psychopathie	7
Imbezillität	12
Affekt	4
Sine morbo psychico	17
In observatione, Psychosis	8
Psychogener Depressionszustand	5
Summa:	264.

Tabelle 2 zeigt Verteilung nach der Rasse:

Deutsche	20
Tschechen	1
Polen	15
Ruthenen	3
Slovenen	3
Kroaten	1
Serben	10
Ungarn	7
Juden	22
Türken	1
Bulgaren	1
Rumänen	3
Italiener	11
Russen	156
Fragliche Rassenzugehörigkeit	10
Summa:	264.

Eine Kombination beider Tabellen gibt Tabelle 3:

	Melancholie	Manie	Amentia	Periodische Psychosen	Schizophrenie	Paranoia	Paralyse	Dem. arteriosklerotica	Traumat. Psychosen	Epileptische Psychosen	Hysterische Psychosen	Alkoholische Psychosen	Psychopathie	Imbezillität	Affekt	Sine morbo	Psychosis	Psychog. Depression.
Deutsche	1	—	1	2	6	—	1	—	1	—	1	1	—	4	—	1	1	—
Tschechen	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Polen	3	—	1	1	4	1	2	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—
Ruthenen	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Slovenen	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Kroaten	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Serben	—	—	2	2	2	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1	1	—	—
Ungarn	—	—	1	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Juden	—	—	1	2	9	—	3	—	—	—	4	—	2	—	—	1	—	—
Türken	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bulgaren	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rumänen	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Italiener	1	—	3	1	4	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Russen	17	2	20	7	47	4	9	3	3	7	4	3	4	3	3	12	4	4
Fragliche	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	2	—

Nicht uninteressant erweist sich nun ein genaueres Eingehen auf Symptomatologie und Ätiologie bei den einzelnen Fällen. Zum Vergleiche möchte ich im folgenden die Verhältnisse der Friedenserfahrung heranziehen, wie sie sich auf der psychiatrischen Klinik des Hofrates v. Wagner darstellen. Zwecks einer größeren Studie über kriegspsychiatrische Erfahrungen stand mir das Material der Männerabteilung dieser Klinik durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Hofrats v. Wagner zur Verfügung, und zwar wählte ich aus dem Jahre 1913 die Fälle vom 18. bis zum 50. Lebensjahre aus. Dieses Material, das, wie erwähnt, für eine größere Arbeit zum Vergleiche dienen soll, sei hier schon herangezogen.

Was die Fälle von Melancholie anbetrifft, so finden sich darunter 10 vom Typus der paranoiden Angstpsychose, 5 Mel. cum delirio, 4 stupore (attonita), 3 von Mel. simplex und 2 mit hypochondrischen Wahnideen. Unter 22 Fällen des B. Z.[1]) sind 9 einfache Melancholien, je 3 paranoide Angstpsychosen und stuporöse Formen, je 2 mit hypochondrischen und mit anderen Wahnideen (3 Fälle sind als rezidivierende Formen extra geführt). In die Augen springend erscheint zunächst das bedeutende Überwiegen der Angstpsychosen bei den Gefangenen, während bei diesen die Mel. simplex (nach der Statistik des B. Z. an erster Stelle) der Frequenz nach an vorletzter Stelle steht. Bemerkenswerterweise nun betreffen die bei den Kriegsgefangenen ausgewiesenen Fälle von einfacher Melancholie keine Russen, sondern einen Deutschen, einen Polen und einen Ruthenen, während bei den Russen unter den Angstpsychosen 7 vorkommen. Aber auch bei meinen nicht kriegsgefangenen Ruthenen überwogen weitaus (31 : 9) die paranoiden Angstpsychosen über die Fälle einfacher Melancholie, so daß wir wohl darin nicht eine Spezifizität der Gefangenschaftspsychosen erblicken dürfen, sondern eine Eigenheit der Kriegsmelancholien überhaupt, noch wahrscheinlicher eine durch Rasseneigentümlichkeit bedingte symptomatologische Färbung. Was den Inhalt der Wahnideen anbelangt, so konnte in keinem Falle der „Heimweh"-komplex im Sinne von Pappenheim (vide später) wahrgenommen werden; es obwalteten teils die typischen hypochondrischen Wahnvorstellungen, teils Versündigungsideen gewöhnlicher Art. Die paranoiden Ideen hatten Spionage, Selbstverstümmelung, Desertion zum Inhalte.

Die zwei Fälle von Mania gravis geben zu keinen Bemerkungen Anlaß.

Die 31 Fälle von Amentia umfassen 20 von gewöhnlichem Charakter, 7 mit ausgesprochenen katatonen Zügen, und je zwei von Delirium acutum und transitorischen Geistesstörungen, die am besten hierher rubriziert seien (Ätiologie in dem einen Falle Fleischvergiftung, im anderen Insolation). Von den 40 Fällen des B. Z. waren 24 gewöhnliche Formen, 8 transitorische Zustandsbilder, 4 mit katatonen Zügen, 3 rezidivierende Fälle und einer von Delirium acutum. Auffallend erscheint bei meinem Materiale die Häufigkeit der katatonen Formen; aber auch hierin dürfen wir nicht eine Eigenart der

[1]) Mit „B. Z.", d. h. Beobachtungszimmer, sei im folgenden der Kürze halber die psychiatrische Universitätsklinik des Hofrates v. Wagner bezeichnet.

Gefangenschaftspsychosen erblicken, da in dem Materiale meiner Kriegspsychosen, die Nichtgefangenen betreffend, gleichfalls unter den amenten Fällen die kataton gefärbten an zweiter Stelle rangieren. Rassenunterschiede konnte ich diesbezüglich nicht wahrnehmen; es war darunter ein ungarischer Austauschinvalide mit katatonen Erscheinungen, ein deutscher und ein slovakischer mit dem gewöhnlichen Bilde der Amentia. Unter den Kriegsgefangenen waren drei Italiener (zwei gewöhnliche Fälle, ein Delirium acutum), zwei Serben (depressive Form und transitorische Psychose nach Insolation) und ein Jude; die übrigen Fälle waren Russen. Wo auf dem Boden der allgemeinen Verworrenheit und der Sinnestäuschungen abgesehen von dem typischen Ratlosigkeitsaffekte eine Stimmungslage vorwaltete, wies dieselbe meist depressive Färbung auf. Nur in einem einzigen Falle herrschte heitere Verstimmung vor.

Die periodischen Geistesstörungen des Materiales vom B. Z. setzen sich zusammen aus 8 zirkulären Psychosen, 4 periodischen Melancholien, 3 Manien, 2 reflektorisch ausgelösten Formen, zentralen Typosen u. dgl. und einer Mischform. Das Gefangenenmaterial zeigt eine andere Gruppierung: 8 Fälle atypischer Art, und zwar 6 „Migräne"psychosen, 2 vom Typus der periodisch deliranten Verworrenheitszustände (zentrale Typosen nach K i r n), 4 Fälle von zyklischem Irresein, 2 von periodischer Manie und einer von Melancholie. Unter dem Namen „Migräne"psychose sind hier Formen zusammengefaßt, die teils den typischen Fällen von M i n g a z z i n i u. a. entsprechen, teils eigenartige, in Anfällen verlaufende transitorische Psychosen, den zentralen Typosen in semiotischer Hinsicht nahestehend, von rasenden Kopfschmerzen eingeleitet und von solchen begleitet; ich sah dergleichen, sonst relativ seltene Formen, bei Kriegsteilnehmern überhaupt mehrfach (unter 7543 Fällen 18 mal). Unter meinen kriegsgefangenen 6 Fällen war ein Deutscher, ein Serbe und vier Russen. Drei Russen verteilen sich auf periodische Melancholie, zirkuläres Irresein, zentrale Typose. Einen einigermaßen atypischen periodisch deliranten Symptomenkomplex wies auch ein Jude auf (Austauschinvalide); ein jüdischer Kriegsgefangener bot ein rein periodisch manisches Zustandsbild.

In der Gruppe der Schizophrenien weist das B. Z. je 88 hebephrene und paranoide und 36 katatone Fälle auf. Unter den Kriegsgefangenen waren 51 Katatoniker, 24 einfach hebephrene und 11 paranoide Bilder. Das starke Überwiegen der Katatoniker beobachtete auch S p l i e d t an seinem Materiale. Die Mehrzahl der katatonen Fälle betrifft die Russen; es verdient bemerkt zu werden, daß ich katatone Zustände überhaupt bei den Slawen in meinem Gesamtmateriale häufiger sah, als bei den Deutschen, Ungarn und Italienern; relativ häufiger waren sie wieder bei den Juden (5 : 4). Ich werde ja in meiner späteren Arbeit auf alle diese Punkte genauer eingehen. Die ungünstigere Prognose der jüdischen Katatoniker, welche ich schon seinerzeit (1906) behauptet hatte, bestätigt jetzt S p l i e d t. Katamnesen ergaben mir keine einzige Remission unter den jüdischen Fällen, so weit die Diagnose Katatonie sich einwandfrei hatte stellen lassen. Die Erregungszustände hielten den Stuporbildern so ziemlich die Wage, soweit die Beobachtung reichte. Unter den paranoiden Bildern waren nur drei Russen.

Die Fälle von Paranoia beanspruchen keine besonderen Bemerkungen, ebensowenig die 17 Paralytiker; ein Fall wäre höchstens erwähnenswert, der direkt aus der Schlacht unter dem Bilde der „Granat"hysterie in psychiatrische Beobachtung gekommen war; nach Heilung von diesem Zustande entwickelte sich zunächst eine depressive Phase, welche längere Zeit als psychogen aufgefaßt worden war. Als der Fall zu uns transferiert wurde, war die Paralyse bereits unverkennbar; Exitus im ersten Dreivierteljahre.

Bei den Arteriosklerotikern (3 Russen) muß nur die Zahl (3:264 = 1,14) auffallend genannt werden. Es kamen aber überhaupt bei den Kriegsteilnehmern Fälle arteriosklerotischer Psychosen und Demenzen ungleich häufiger zur Erscheinung, als bei denselben Altersstufen der Friedenserfahrung (0,177 Material des B. Z.; 0,84 v. H. bei meinem Gesamtmateriale).

Die ausgewiesenen 5 Fälle traumatischer Psychosen bieten keine Besonderheiten (ein pathologischer Rauschzustand, ein pathologischer Affekt, zwei einfache Demenzformen, eine epileptoide Psychose), ebenso wenig die 8 Fälle epileptischen Irreseins. Bei zweien derselben handelte es sich um derart schwere Fälle alter epileptischer Demenz, daß es eigentlich unbegreiflich erscheinen mußte, wie die Kranken (Russen) hatten überhaupt Militärdienst leisten, bzw. assentiert werden können. Die Fälle waren noch dazu Sommer 1915 zur Aufnahme gelangt, d. h. stammten aus einer Zeit, da das russische Reich noch seine Kerntruppen ins Feuer gesandt hatte.

Die hysterischen Formen sind in dem Krankenstande vom B. Z. mit 2 v. H. vertreten, unter den Kriegsgefangenen mit 4,26 v. H. Es wäre dies mehr als doppelt so viel. Allein die Ziffern für die hysterischen Formen meines gesamten Kriegspsychosenmaterials lauten 10,3 v. H., so daß im Ver-

gleiche damit die Hysterien unter den Kriegsgefangenen etwa die Hälfte ausmachen. Noch bemerkenswerter erscheinen folgende Einzelheiten. Unter den russischen Kriegsgefangenen befinden sich nur vier Fälle; vier andere betreffen Juden; bei je einem deutschen und einem Austauschinvaliden fraglicher Rassenzugehörigkeit (deutscher Familienname, tschechischer Geburtsort, tschechische Muttersprache) war in ganz klarer Weise Furcht vor Wiedereinrückung die treibende Zweckvorstellung. Bei einem Russen und einem Juden war die Psychose Reaktion auf schlechte Nachrichten aus der Heimat (Todesfälle); bei einem Russen Furcht vor Strafe nach einem Fluchtversuche, bei drei Juden konnten Mißhandlungen als ätiologisches Moment namhaft gemacht werden, bei einem Russen handelte es sich mehr um eine einfache hysterische Schmerzreaktion auf eine Periostitis, ähnlich lag die Ätiologie bei einem russischen Polen. Nur in einem Falle, der (geradeso wie alle übrigen) schließlich zur restlosen Heilung kam, konnte das Kriegstrauma als solches festgestellt werden. Ein russischer Offizier geriet nach Granatexplosion unter dem Bilde der Myotonoclonia trepidans in Gefangenschaft; während die somatisch-nervösen Erscheinungen allmählich schwanden, entwickelte sich eine unverkennbare hysterische Geistesstörung, die einen recht langwierigen Verlauf nahm, schließlich jedoch, wie erwähnt, defektlos ausheilte. Die Gründe der hartnäckigen Fixierung konnten hier nicht aufgedeckt werden (die Psychoanalytiker hätten dies gewiß zuwege gebracht). Die Gefangenschaft als solche übte demnach in keinem der Fälle einen nachweislichen ursächlichen Einfluß aus; ebenso wenig konnte in diesen Fällen der „Heimwehkomplex" konstatiert werden.

Ganz auffallend gering, selbstverständlich durch Gefangenschaftsverhältnisse an sich erklärlich, sind die Zahlen für die Alkoholiker. Bemerkenswerterweise betreffen zwei Fälle von chronischem Alkoholismus russische Offiziere, ein gewöhnlicher Rausch eine russische Mannschaftsperson, die nicht in einem Lager interniert war. Ein deutscher Austauschinvalide, der in Rußland gleichfalls nicht interniert gewesen war, sondern in ziemlicher Freiheit gearbeitet hatte, bot das typische Bild des alkoholischen Eifersuchtswahnes.

Die 7 Fälle, welche unter der Bezeichnung „Psychopathische Minderwertigkeiten" zusammengefaßt sind (Zwangsvorstellungen, konstitutionelle Verstimmung, ein forensisch gewordener Fall mit erotisch-homiziden Impulsen usw.) weisen nichts Besonderes auf, ebensowenig die 12 Fälle von Imbezillität. Bei vieren (2 Russen und 2 deutschen Austauschinvaliden) handelte es sich um eigenartige flüchtige ratlos-ängstliche Verworrenheitszustände zweifellos psychogener, jedoch ebenso zweifellos nichthysterischer Art, wie wir sie nicht selten bei imbezillen Soldaten, namentlich Rekruten, auch sonst gesehen hatten. Ein russisch-polnischer Kriegsgefangener war ein Fall schwerer Idiotie mit Littleschem Syndrom; freilich stammt er schon aus der Zeit der letzten verzweifelten Kerenskyschen Offensive.

Die 4 Fälle einfachen Affektes und die 17 „Sine morbo psychico" (sprachliche Mißverständnisse, Auffälligkeiten infolge Aberglaubens, übertriebene hypochondrische Klagen körperlich Kranker, Fieberdelirien u. dgl.) können kurz übergangen werden, ebenso die als „Psychosis" schlechtweg bzw. unter „In observatione" zusammengefaßten Fälle. Es sind darunter diagnostisch unklare Fälle subsumiert, bei denen die Einholung katamnestischer Befunde aus äußeren Gründen unmöglich war.

Eine eigene Kolonne endlich habe ich den psychogenen Depressionszuständen eingeräumt. Bei zwei Russen ließ sich eindeutig Heimweh bzw. Sehnsucht nach Weib und Kind nachweisen. In zwei Fällen waren diese Momente nicht zu erheben, wohl aber langwieriges körperliches Leiden; letzteres war auch bei einem slovenischen Austauschinvaliden der Fall, der als Krüppel in die Heimat zurückgeschickt worden war. Ich erwähne diese Fakten zum Vergleiche mit der Studie von Pappenheim, der unter seinen Fällen den „Heimweh"komplex fünfmal antraf, und zwar nur bei Russen — Spliedt meint, daß die französischen Gefangenen mehr durch das Heimweh litten, als die Russen — und der der Nostalgie unter den reaktiven Depressionszuständen bei primitiven Rassen einen gewissen Platz einräumen möchte.

Zusammenfassend möchte ich auf Grund meiner persönlichen Erfahrungen über Geistesstörungen bei Kriegsgefangenen etwa folgendes sagen: Irgendein spezifischer Einfluß der Gefangenschaft auf relative Frequenz der einzelnen nosologischen Typen, auf die Symptomatologie oder in ätiologischer Hinsicht läßt sich nicht erkennen. Wo wesentlichere Differenzen gegenüber den Friedenserfahrungen vorliegen, erklären sich diese teils durch Rasseneigentümlichkeiten, teils als Besonderheiten, welche uns bei Kriegsteilnehmern überhaupt entgegentreten. Hysterische Psychosen sind relativ selten. Heimweh spielt bei den echten Melancholien und bei den hysterischen Formen keine erkennbare Rolle, läßt sich aber auch bei den psychogenen Depressionszuständen nur in einem Teile der Fälle als ätiologischer Faktor nachweisen.

Literatur.

Pappenheim, Über Psychosen bei Kriegsgefangenen. Ztschr. f. ges. N. u. Ps. 1916 Bd. 33 S. 518.

Spliedt, Psychosen bei Kriegsgefangenen. Psych.-neur. Wochenschr. 1917 Bd. 18 S. 331.

Kirn, Die periodischen Psychosen. Stuttgart 1878.

Mingazzini, Über geistige Störungen infolge von Hemikranie. Monatsschr. f. Ps. 1897 Bd. 1 S. 122.

Pilcz, Vergleichende Rassenpsychiatrie. Leipzig-Wien 1906.

Wahlrecht, Wahlfähigkeit und Wählbarkeit der Geisteskranken.

Von Direktor Dr. **Max Fischer**, Wiesloch.

Es ist die Frage aufgeworfen worden, ob und inwieweit Pfleglinge der Heil- und Pflegeanstalten, also in der Regel Geisteskranke, wahlberechtigt und wählbar seien. Bisher ist, soviel mir bekannt ist, von Anstaltspfleglingen das Wahlrecht nicht ausgeübt worden, höchstens ausnahmsweise. In der Freiheit wird dagegen wohl mancher im ärztlichen Sinne Geisteskranke, der nicht als solcher auffällt und erkannt ist, an die Wahlurne treten und wählen. In der Fachliteratur fand ich keine Anhaltspunkte für meinen Stoff. Folgende Zeitungsnachrichten aus jüngster Zeit gehören jedoch hierher; sie beleuchten die ganze Frage wie im Blitzlicht.

München, 16. Jan. 1919 (Priv. Tel.) Die „Memminger Zeitung“ berichtet folgendes Kuriosum von den bayerischen Landtagswahlen: In dem idyllisch gelegenen Orte Lautrasch befindet sich eine Kretinenanstalt, die von Franziskanerinnen geleitet wird. Zum Erstaunen der Bevölkerung wurden die Pfleglinge der Anstalt durch die Schwestern an die Wahlurne geleitet, um ihre Stimme abzugeben. Die sozialdemokratische Partei hat wegen dieses Vorkommnisses Protest eingelegt. (Welcher Partei mögen diese Stimmen wohl zugute gekommen sein? D. R.)

Eine spätere Notiz besagt:

„Augsburger Postzeitung“. An der Wahl beteiligten sich am 12. Januar 27 Klosterfrauen, 14 Kandidatinnen und Wärterinnen und 69 Pfleglinge und Pensionärinnen; am 19. Januar 27 Klosterfrauen, 14 Kandidatinnen und Wärterinnen und 69 Pfleglinge und Pensionärinnen. Unter letzteren sind mehrere Bresthafte und Epileptische, welche aber als normal bezeichnet werden dürfen; die übrigen waren im geringen und mittelmäßigen Grade geistesschwach. Kretinen oder Irrsinnige waren nicht dabei. Die Gesamtzahl der Pfleglinge ist 290. Im Wahlausschuß waren alle Parteien vertreten und die Wählerinnen konnten nicht beanstandet werden.

Die „Frankfurter Zeitung“ bemerkt hierzu malitiös: Man muß Verständnis dafür haben, wie feinsinnig in dieser Erklärung zwischen den komplett blödsinnigen Insassen der Anstalt und den „im geringen und mittelmäßigen Grade Geistesschwachen“, die noch unbeanstandet als Zentrumswähler in Betracht kommen durften unterschieden wird.

Nach dem Gesetz sind vom Wahlrecht und der Wählbarkeit für den Reichstag (die verfassunggebende deutsche Nationalversammlung) Personen ausgeschlossen, die entmündigt sind oder unter vorläufiger Vormundschaft stehen, für den badischen Landtag solche, die unter Vormundschaft oder wegen geistiger Gebrechen unter Pflegschaft stehen. Dies trifft nur bei einer Minderheit unserer Kranken, hier in Wiesloch bei etwa einem Drittel zu. Abgesehen vom Wahlalter (20 Jahre) — ein Punkt für sich, der hier außer Betracht bleiben soll — besteht eine weitere Einschränkung bzw. Aufhebung des Wahlrechts nur noch bei Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte. Auch dieses Moment gilt nur für einen kleinen Teil der Anstaltspfleglinge. Der frühere Grund zur Ausschließung vom Wahlrecht dagegen, nämlich dauernde Armenunterstützung, der für viele unserer Kranken, ja für die Mehrzahl infolge der Zahlung der jährlichen Verpflegungskosten durch Armenverbände usw. früher zutraf, ist durch die neueren Wahlbestimmungen ausgeschaltet worden. Sonst sind für Anstaltspfleglinge keinerlei Einschränkungen stabiliert. Nach dem Wortlaut des Gesetzes kann sonach kein Zweifel darüber bestehen, daß etwa zwei Drittel der Pfleglinge unserer Irrenanstalten, ganz gleich, wie ihr Geisteszustand und ihre Dispositionsfähigkeit ärztlicherseits zu bewerten ist, wahlberechtigt sind. Die seitherige Übung, wonach unsere Pfleglinge überhaupt nicht wählen, kann also eigentlich nicht aufrecht erhalten werden. Es ist im übrigen einleuchtend, daß das Wählen oder Nichtwählen der Pfleglinge einer Anstalt bei ihrer großen Zahl wohl imstande ist, das Wahlresultat nach der einen oder anderen Seite zu beinflussen.

Wo man nun im Verfolg dieser Erkenntnis dem Wahlrecht der Anstaltspfleglinge, soweit sie dazu berechtigt erscheinen, Rechnung tragen will, wo also eine große Anzahl von Pfleglingen sich an der Wahl wirklich beteiligt, da wäre es vor allem, um ihnen als Kranken verschiedene Unannehmlichkeiten zu ersparen, anzustreben, daß sie in der An-

stalt selbst wählen können, d. h. die Anstalt wäre, wie es in der Tat auch da und dort schon wegen der Anstaltsbeamtenschaft geschehen ist, zu einem Unterwahlbezirk mit eigenem Wahllokal in der Anstalt selbst zu machen. Jede ungehörige Wahlbeeinflussung müßte unterlassen werden.

Es wird sich aber nicht umgehen lassen, sich vom ärztlichen Standpunkt aus grundsätzlich mit der einmal angeregten Frage des Wahlrechts der Geisteskranken auseinanderzusetzen, die Schwierigkeiten und die Bedenken, die aus der gesetzlichen Fassung erwachsen, zu erörtern und gegebenenfalls auf eine Gesetzesänderung bzw. Ergänzung hinzuwirken.

Zunächst machen sich Erschwerungen und Umständlichkeiten schon bei der Ausführung des Wahlaktes durch unsere Kranken infolge ihrer Krankheitsäußerungen bemerkbar. Wenn die Wahl nämlich nicht in der Anstalt selbst stattfindet, so wäre bei vielen Kranken die Begleitung durch Wartpersonen (eine oder sogar mehrere) aus diesem oder jenem Grunde nicht zu umgehen. Wie ist dies aber bei der großen Zahl der Kranken und der beschränkten Personalzahl überhaupt durchführbar? Wo hört die Transportfähigkeit der Kranken auf und wer bestimmt darüber? So einfach wie bei körperlichen Krankheitszuständen liegt hier die Sache nicht. Geisteskranke, auch wenn sie körperlich völlig gesund und gehfähig sind, müssen vielfach infolge ihrer geistigen Krankheitserscheinungen vom irrenärztlichen Standpunkte aus als nicht transportfähig bezeichnet werden; sie könnten im Wahllokal nicht erscheinen, ohne das größte Aufsehen zu erregen und unter Umständen die schwersten Störungen der Wahlhandlung zu verursachen. Solche Kranke müßten denn doch wohl bei der Wahl, auch wenn sie selbst zu wählen vorhätten, ausscheiden, besonders wenn das Wahllokal außerhalb der Anstalt liegt. Ist die Anstalt aber selbst Wahlbezirk und hat ein Wahllokal, so würden viele auch dieser schwerer Kranken kommen und wählen können. Wer kann und will und soll aber da die Grenze ziehen?

Ferner sollen die Kranken dazu aufgefordert werden, sich an der Wahl zu beteiligen, oder sollen nur die angenommen werden, die aus eigenem Antriebe die Wahlpflicht ausüben wollen? Wieweit darf man hierin gehen? Es ist ohne weiteres verständlich, wie viel darauf ankommt.

Sodann besteht zwar bei einem Teil unserer Kranken kein Zweifel darüber, daß sie Urteils- und Dispositionsfähigkeit genug besitzen, um mit Bewußtsein und Überzeugung das Wahlrecht auszuüben, und daß sie auch dazu willens wären, wenn man ihnen die Möglichkeit gäbe. Sie dürften also ihrer geistigen Qualität nach keinesfalls von der Ausübung des Wahlrechts abgehalten werden. Für einen noch größeren Teil unserer Pfleglinge steht dagegen ärztlicherseits auch ohne ausgesprochene Entmündigung ebenso fest, daß sie infolge ihres Geisteszustands der Selbstbestimmung und der Geschäftsfähigkeit ermangeln oder doch darin mehr oder weniger beschränkt sind. Sie sind also Entmündigten gleich zu setzen und es fehlt ihnen, wenn auch nicht der Fassung, so doch wenigstens dem Geiste des Gesetzes nach, die innere Eignung zum Wählen. Denn man will doch sicher nur geistig gesunde und dispositionsfähige Menschen die Wahlen der Vertreter des Volkes und damit der gesetzgebenden Versammlung, also letzten Endes die Entscheidung über unsere wichtigsten, gemeinsamen Volksangelegenheiten vornehmen lassen. Von diesem obersten Gesichtspunkte aus müßte also die Zulassung unserer Pfleglinge zur Wahl betrachtet werden; sie dürfte eigentlich nur auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses der Anstaltsdirektion oder des Anstaltsarztes, das die Geschäftsfähigkeit der Pfleglinge bestätigt, geschehen; es könnte der Gegenzeichnung des Bezirksarztes als amtlicher neutraler Persönlichkeit unterliegen. Dieses Zeugnis müßte außerdem aber von der Behörde oder der Wahlkommission anerkannt werden. Schon hier beginnen die Schwierigkeiten. Denn die gültige Erklärung über die Geschäftsfähigkeit eines Geisteskranken ist nicht Sache des Arztes, sondern des Richters. Der Arzt kann ihm nur die nötigen Unterlagen aus seiner Kenntnis sowohl des einzelnen Krankheitsfalles als der allgemeinen menschlichen Verhältnisse an die Hand geben. Insofern müßte also über die Wahlfähigkeit eines jeden Geisteskranken als eines Teils seiner Dispositionsfähigkeit eine richterliche Instanz oder Kommission entcheiden: ein ziemlich umständliches Verfahren, das in der Zeit der Wahlen nicht so leicht durchführbar sein wird.

Subjektive Fehlerquellen kommen sodann noch von ärztlicher Seite hinzu, selbst wenn die Absicht zu größtmöglicher Objektivität vorhanden ist. Der eine Arzt oder Direktor wird nach seiner wissenschaftlichen Überzeugung die Grenzen etwas weiter ziehen als der andre. Ungleichheiten und Meinungsverschiedenheiten über strittige Fälle sind nicht zu vermeiden. Weiterhin wären auch Zwistigkeiten zwischen den einzelnen Kranken, zwischen den als wahlfähig und den als wahlunfähig erkannten, sowie zwischen letzteren und den Ärzten oder dem Per-

sonal sicher zu erwarten. Es gäbe Mißstimmung ohne Ende in der Anstalt. Ferner könnte jede Wahl, an der geisteskranke Pfleglinge sich beteiligt haben, leicht angefochten und eine nochmalige Untersuchung über die Geschäftsfähigkeit jedes einzelnen Falles durch eine übergeordnete Instanz verlangt werden. Auch ohne tatsächlichen Grund könnte ausgesagt werden, die Kranken seien vom Direktor, den Ärzten, dem Personal in dem einen oder anderen Sinne, für den einen oder anderen Kandidaten beeinflußt worden. Manche Kranke sind ja auch in der Tat leicht bestimmbar, noch leichter wie gesunde Wähler; hinwiederum andere allerdings viel schwerer als Gesunde. Ist nun gar der Anstaltsdirektor selbst politisch sehr tätig, ist der Kandidat sein Parteifreund oder ist der Direktor selbst Kandidat oder ist sein Personal in derselben oder aber in der entgegengesetzten Richtung wie der Direktor tätig, so liegt doch die Gefahr sehr nahe, daß auf die Anstaltspfleglinge ein nicht geringer und in vielen Fällen, je nach der Geistesverfassung des Pfleglings, ein sehr wirksamer Druck ausgeübt werden kann. Bei der großen Zahl der Stimmen ist dieser Faktor für das Wahlergebnis von Wichtigkeit. Und noch sicherer ist es, daß derartige Verhältnisse von der Gegenpartei rasch erkannt und in ihrem Sinne ausgebeutet würden (siehe die Zeitungsnachrichten am Eingang). Auch zwischen dem Anstaltsdirektor und seinen Kranken wie auch seinem Personal und zwischen diesem und den Pfleglingen werden die Wahlkämpfe Unfrieden stiften, und zwar bis weit in die Zeit nach den Wahlen hinein. Es ist klar, daß alle diese Momente der Unruhe und Erregung dem Wohle der Kranken, den Heil- und Behandlungstendenzen des Arztes stracks zuwiderlaufen. Denn Abhaltung von Schädlichkeiten und Reizen von unseren Kranken, Zuführung von Ruhe und Beruhigung, Schaffung einer friedlichen Heilatmosphäre ist unsere oberste Pflicht. Wir Ärzte und Psychiater können also nur immer wieder geltend machen, daß es unbedingt im Interesse der gesundheitlichen Förderung unserer Kranken, wenigstens der überwiegenden Mehrzahl läge, daß sie als psychisch Leidende, auch wenn sie wahlfähig sind, mit den Aufregungen des Wahlkampfes und Wahlverfahrens im allgemeinen verschont bleiben und ihnen auch nach dieser Richtung der Anstaltsfrieden wie eine neutrale Zone zwischen den Parteien zugute käme.

Wo ein Kranker aber auf Ausübung des Wahlrechts von sich aus drängt und seine Geistesverfassung die Erfüllung dieser Bürgerpflicht unbedenklich erlaubt, da kann immer eine Ausnahme gemacht und der eifrige Wähler zur Urne geschickt werden. Solche Fälle wird es immer wieder geben, z. B. unter den psychisch Nervösen, den Zyklothymen, den geringgradig Verstimmten, den Hypochondern, leichten Dégénérés und Psychopathen usw. Ich kenne keine Formel, unter der einem solchen Kranken der Gang zur Wahl verboten werden könnte.

Angesichts der hier aufgeworfenen ärztlichen Bedenken gegen das Wählen der Geisteskranken im großen ganzen wäre es das einfachste, es bei der bisherigen eingebürgerten Gewohnheit des allgemeinen Nichtwählens der Pfleglinge zu belassen. Ist es aber auf der anderen Seite recht und gesetzlich zulässig, eine große Anzahl von Wählern nur deshalb auszuschalten, weil sie zur Zeit der Wahl gerade Anstaltspfleglinge sind? In der Freiheit würden manche von ihnen zweifellos wählen können, dürfen und wollen. So mancher Wähler draußen ist ferner sicher manchem unserer Kranken geistig stark unterlegen.

Wie sich nun diese gegenteiligen Gesichtspunkte und Interessen ausgleichen lassen, das kann der Arzt allein nicht sagen. Es wird der gemeinsamen Gedankenarbeit der beiden beteiligten, der ärztlichen und der juristischen Instanzen bedürfen, um hier eine beiden Teilen gerecht werdende Lösung zu finden, zwischen der Freiheit des Wahlrechts, auf daß es weder unnötig versagt noch in nicht vollwertigem Geisteszustande ausgeübt werde, und dem Recht des Kranken auf Schutz vor gesundheitsschädigenden Einwirkungen bzw. der ärztlichen Pflicht, den Kranken vor solchen Schädlichkeiten zu bewahren.

Über die W ä h l b a r k e i t der Geisteskranken wird hier nicht viel zu sagen sein. Der Fall, daß ein Anstaltspflegling als Landtags- oder Reichstagskandidat aufgestellt oder gar als Abgeordneter gewählt wird, ist wohl noch nie dagewesen und wird aller menschlichen Berechnung nach — man denke nur an die Durchfechtung der Wahlkämpfe mit Reisen, Redenhalten und Aufregungen jeder Art — auch nicht so leicht eintreten, wenn auch die abstrakte Möglichkeit nicht bestritten werden soll. Für einen solchen kaum denkbaren Fall müßte eben dann entschieden werden, ob der Kranke von der Anstaltsdirektion zeitweise oder dauernd entlassen und für sein Wirken als Abgeordneter frei gegeben werden kann. Schließlich gibt es ja auch leichtgradige oder sicher ausheilende Fälle unter unseren Kranken, z. B. auch psychisch Nervöse, die nach Heilung oder Besserung ihres Zustandes, an dem Besitz ihrer geistigen Fähigkeiten gemessen, sehr wohl als Abgeordnete in Betracht kommen können, vielleicht bei Licht betrachtet eher als mancher tatsächlich Auserwählte des Volkes. Es ist ja be-

kannt, daß gerade unter solchen Kranken geistig Hochbegabte sein können. Auch der Fall, daß ein in Freiheit befindlicher Geisteskranker — ich meine hier im ärztlichen Sinne ungeheilte, also noch kranke Personen — als Abgeordneter aufgestellt und gewählt wird, dürfte selten einmal zur Wirklichkeit werden, obwohl die Chancen dazu günstiger sind als beim Anstaltspflegling. Besonders in der jetzigen Ausnahmezeit kann man auf das Emporkommen auch solcher Existenzen gefaßt sein; ich denke dabei an gewisse Zyklothyme, Psychopathen, Querulanten, Haltlose. Manche Reden, die man heutzutage liest, klingen inhaltlich dem Psychiater keineswegs ganz fremd an und rufen Erinnerungen aus seiner Praxis wach; soviel darf wohl ohne Mißbrauch der Gedankenfreiheit gesagt werden. Politik und Wahnsinn liegen mitunter recht nahe beisammen. Im übrigen kann man die Korrektur solcher Ausnahmefälle wohl der Öffentlichkeit und den Wählern überlassen, welch letztere allerdings seither nicht selten eine unendliche Geduld und Nachsicht, um nicht härtere Worte zu gebrauchen, ihren erwählten Vertretern gegenüber entwickelt haben.

Ich beschließe damit meine kleine Studie, die nichts anderes bezweckt als die Anregung, daß man sich auch von anderer, insbesondere von juristischer Seite einmal Gedanken über das Wahlrecht und die Wählbarkeit bei Geisteskranken, insbesondere bei Anstaltspfleglingen, machen möge.

Neuere Arbeiten über die Wirkung der Chininabkömmlinge.

Von San.-Rat Dr. **J. Bresler.**

Klapp[1]) hat Versuche über Tiefenantisepsis mit Chininabkömmlingen (einschließlich Gasödem, Gelenkwunden) gemacht. Die Chininabkömmlinge töten auch in Eiweißlösungen und im menschlichen Serum Keime ab und können ohne dauernde Schädigung in die Gewebe dringen; dies ist das wesentliche Ergebnis der Untersuchungen Morgenroths. Klapp unterspritzte bei einer über handgroßen, mit Nekrosen bedeckten Wunde einen wenige Quadratzentimeter großen Teil etwa 1 cm unter der Wundoberfläche mit 6 ccm Vuzinlösung 1 : 10 000. Schädigung des Gewebes wurde nicht beobachtet. An der unterspritzten Stelle stießen sich die Nekrosen schneller ab als im übrigen Teil der Wunde. Auch Einspritzungen von 1 : 5000 und 1 : 1000 werden sowohl örtlich wie allgemein vertragen; von der Lösung 1 : 10 000 wurden bis zu 1 ¹/₃ Liter auf einmal eingespritzt, von 1 : 5000 eine Gesamtmenge von 850 ccm, von 1 : 1000 bis zu 200 ccm; wesentliche örtliche oder allgemeine Schäden traten nicht auf. Die eingespritzte Flüssigkeit strömt zum größten Teil in die locker aufgedeckten Verbandstoffe aus (bei geschlossener Wunde in geringerem Maße) und wirkt als vermehrter, in der Hauptsache nach der Wunde gerichteter Lymphstrom. Antiseptisch wirkte im Gewebe die Vuzinlösung auch bei Einspritzung in die gesunde Nachbarschaft von Furunkeln, Karbunkeln, Schweißdrüsen- und Zellgewebsentzündungen vor ihrer Erweichung und ohne Eröffnung. Klapp hat die Infiltrationsantisepsis mit Chininabkömmlingen bei gleichzeitiger und früher Ausschneidung bei Granatverletzungen als verschärfte Prophylaxe der Infektion angewandt, auch bei Knochen- und Gelenkverletzungen.

0,1 g Vuzin wird in 1 Liter physiologischer Kochsalzlösung durch Aufkochen gelöst, durch Watte filtriert und sterilisiert (Sol. Vuzin 0,1 : 1000). Sol. Vuzin 0,1 : 1000 mit Novocain: zehn Ampullen Novocain-Suprarenin werden in 1 Liter Sol. Vuzin 0,1 : 1000 gelöst, durch Watte filtriert und sterilisiert. Die Novocain-Suprareninlösung ist getrennt von der Vuzinlösung zu bereiten; der Niederschlag löst sich mit wenigen Tropfen verdünnter Salzsäure leicht auf. Klapp verwendet gewöhnlich eine Lösung 1 : 5000; er empfiehlt eine alkoholische Stammlösung von Vuzin 1 : 50. Die Lösungen dürfen nicht älter als acht Tage sein. Nach Klapp zeigen mit Vuzinlösung eingespritzte Operationswunden starken Schutz gegen darauf folgende Infektion. Nach Klapps Erfahrungen besteht „die Möglichkeit, den Gasbrand durch Vuzineinspritzung sowohl in prophylaktischem wie in therapeutischem Sinne zu heilen" und ist „die weitere Ausarbeitung aussichtsvoll".

Der letzte Teil des Namens Isoktylhydrokuprein stammt nicht von Cuprum, Kupfer, sondern von Remijia kuprea, von welcher Chinarinde gewonnen wird; die Bezeichnung Vuzin (= Isoktylhydrokuprein) ist der Name einer französischen Stadt, in der das Mittel zuerst angewandt wurde, wie Klapp mitteilt.

[1]) Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie 1918 Bd. 113 Heft 1.

Wie Borst (Allgemeine Anatomie der Schußwunden in der Kriegschirurgie, von Borchard und Schmieden) ausführt, bleibt nach Verletzungen, insbesondere Granatverletzungen, auch nach Ausschneidung der Wunde eine Zone der molekularen Erschütterung zurück mit Störung des Zellenlebens, Kern- und Protoplasmaveränderungen. Verfettungen usw., Zerreißung kleinerer und kleinster Gefäße, eine Zone mit herabgesetzter Vitalität. Mit Rücksicht auf letztere verwandte Klapp[2]) „zum Zweck einer gesteigerten Vorbeugung nach sorgfältiger chirurgischer Ausschneidung" Vuzin 1 : 10 000. Da die frühere Oberflächenantisepsis der Wunden die Bakterien nicht sämtlich vernichtet, die Wunde also nicht sterilisiert und das Zelleiweiß schädigt, so kam es darauf an, das Chininderivat zur Infiltration in die Wunde selbst und ihre Umgebung heranzuziehen. „Diesen Schritt", schreibt Prof. Dr. R. Klapp, Berlin, Stabsarzt,[2]) „von der Oberflächen- zur Tiefenantisepsis bin ich dann mit der durch Vorversuche sowohl örtlich wie allgemein als völlig unschädlich erwiesenen, also physiologisch einwandfreien Vuzinlösung 1 : 10 000 gegangen, und, wie ich gleich hier anführen möchte, der Weg der Tiefenantisepsis ist gangbar und hat in der Vorbeugung zu so hervorragenden Resultaten geführt, wie sie in der Kriegschirurgie bisher nicht erzielt worden sind". „Es handelt sich bei der Tiefenantisepsis mit dem Morgenrothschen Chininderivat um eine so weitgehende Umänderung der Wundheilung, wie ich sie in den 18 Jahren, seit ich Chirurgie betreibe, nicht gesehen habe. Und diesem Urteil, daß wir einer bedeutenden und günstigen Beeinflussung der Wundheilung im Sinne der Bekämpfung der Infektion und starker Herabsetzung der Eiterung gegenüberstehen, stimmen alle Chirurgen bei, die bisher die Resultate gesehen und mit dem Mittel gearbeitet haben." „. . . . Die ganze Kriegschirurgie bekommt durch die Infiltrationsantisepsis ein anderes Gesicht. Bei frühzeitiger und richtiger Anwendung und Beschränkung auf die genannten Gebiete gibt es kaum noch schwere Infektionen. Durch die seltenen Verbandwechsel werden die Ärzte stark entlastet, die Verwundeten geschont, beträchtliche Mengen Verbandstoffe erspart. Die Wiederherstellung der Verwundeten erfolgt weit schneller, der Kräfteverlust ist während des meist stark abgekürzten Krankenlagers gering, die Erhaltung der Funktion viel gesicherter, die wirtschaftliche Bedeutung der Methode für den Staat und die Armee muß als groß bezeichnet werden."[3])

In seiner „weiteren Mitteilung über Tiefenantisepsis bei Kriegsverletzungen"[4]) berichtet Klapp über die seitherigen Erfahrungen mit der verstärkten Prophylaxe, die aus der primären Ausschneidung der Wunden nach Friedrich und der Tiefeninfiltration der ausgeschnittenen bzw. angefrischten Wunden mit Morgenrothschen Chininderivaten, und zwar mit Vuzin, besteht, als dem für Streptokokken und Staphylokokken wirksamsten Desinfektionsmittel unter den Chininderivaten, das nach Morgenroth und Tugendreich noch in Verdünnung von 1 : 80 000 in Aszitesbouillon Streptokokken abtötet. Die auftretenden Eiterungen sind gutartiger als sonst. Mit Vuzinlösung infiltrierte Rippenresektionswunden blieben längere Zeit frisch und ohne Belag, trotzdem Streptokokkeneiter darüber geflossen war. Klapp berichtet über die günstigen Erfolge, welche auch in andren Lazaretten mit dem angegebenen Verfahren in zahlreichen Fällen erzielt worden sind.

Ansinn[5]) steht „auf dem Standpunkt Klapps"; „hat jemand keine guten Resultate, so soll er den Fehler nicht am Vuzin, sondern an sich und seiner Technik suchen". Diese ist minutiös und zeitraubend, aber gründlich durchgeführt führt sie unsere Verwundeten „Monate früher ihrem Dienste oder Erwerbsleben zu". „So können wir Morgenroth, Bier und Klapp für diesen neuen Weg, die Tiefenantisepsis, nicht dankbar genug sein . . .".

Die wachstumhemmende Wirkung des Vuzins auf anaerobe Bakterien, die Gasbrandbakterien, wird, wie Morgenroth und Bieling (B. kl. W. 1917 Nr. 30) betonen, noch übertroffen von seiner gärungshemmenden. Die mit Vuzin behandelte Wunde unterscheidet sich, nach Ansinn, deutlich von der nur mit Um- und Ausschneiden versorgten. „Phlegmonöse, fortschreitende Prozesse fehlen ganz." Ansinn hat einem mittelgroßen Schäferhund erst 0,1, dann nach 48 Stunden 0,9 Vuzin in 900 ccm physiologischer Kochsalzlösung intravenös injiziert, ohne daß auch nur die geringsten Krankheitserscheinungen auftraten. Es besteht also keine Sorge, daß Schaden entstehen

[2]) Die verstärkte Prophylaxe bei Kriegsverletzungen durch Tiefenantisepsis mit Morgenrothschen Chininderivaten. Deutsch. med. Wochenschr. 1917 Nr. 44.

[3]) Auch im Original gesperrt gedruckt.

[4]) Münch. med. Wochenschr. 1918 Nr. 19.

könnte, wenn etwa bei den tiefen Injektionen Vuzinlösung in ein Blutgefäß gelangt; vielmehr ist durch diesen Versuch therapeutische intravenöse Injektion in den Bereich der Möglichkeit gerückt. Um längere Einwirkung des Präparats an Ort und Stelle zu erzielen, hat Ansinn 30 g Gummiarabikum zu 1000 ccm Vuzinlösung gesetzt; 60 g dieser Lösung, unter die Haut des Oberschenkels injiziert, bleiben 6 bis 10 Stunden länger deutlich sichtbar und fühlbar als die Vuzinlösung ohne Gummizusatz an der Kontrollstelle am anderen Oberschenkel.

Rosenstein[6]) hatte Erfolge bei Karbunkeln und Furunkeln mit Umspritzung und Unterspritzung, ferner bei frischen Abszessen, bei Brustdrüsenvereiterung, bei Phlegmonen, auch fortschreitenden Sehnenscheidenphlegmonen. In der Zusammenfassung sagt Rosenstein: „In einigen Fällen war die Wirkung der Desinfektion innerhalb der Gewebe und die daraus resultierende schnelle Heilung ein bisher unbekannter und unerhörter Vorgang". Er legt den größten Wert darauf, daß Einschnitte vermieden werden, weil sonst das Präparat heraussickert.

Nach Morgenroth (Berl. klin. Wochenschr. 1918 S. 191) stellt man eine zehnprozentige Stammlösung leicht her, indem man 1 g Vuzin bihydrochloricum mit 10 g Alkohol bei Zimmertemperatur kurze Zeit schüttelt. Von einzelnen ungelöst bleibenden Partikelchen kann die klare Flüssigkeit abfiltriert werden. Die zehnprozentige Lösung kann man nach Belieben mit Wasser verdünnen. Diese Stammlösung empfiehlt sich besonders da, wo regelmäßige frische Bereitung wässriger Lösungen nicht möglich ist. Verdünnte wässrige Lösungen sollen nur frisch verwendet werden, namentlich wegen der schlechten Beschaffenheit des Glases; sie können der Hitzesterilisation (einmaliges kurzdauerndes Kochen auf offener Flamme oder Erhitzen im Dampftopf oder kochenden Wasserbad) unterworfen werden. Die wässrigen Lösungen werden hergestellt, indem man in siedendes Wasser (nicht 0,85 prozentige Kochsalzlösung) die abgewogene Menge Vuzin (1 : 500) gebracht hat (Säurezusatz ist unnötig). Wenn nach Erkalten unlösliche Partikelchen erscheinen, filtriert man. 1 : 500 kann man als Stammlösung benutzen und nach Bedarf verdünnen. Bei Handhabung der Lösungen ist jede Berührung mit Alkalien, selbst in Spuren (Lauge, Soda) zu vermeiden, also die Spritze nicht mit Sodalösung auszukochen.

Hoffmann[7]) erzielte mit ein- bis dreiprozentigen öligen Lösungen von Eukupinum basikum bei Blasenleiden Nachlassen von quälendem Tenesmus, von Häufigkeit und Schmerzhaftigkeit des Urinierens, manchmal auch Steigerung der Blasenkapazität; das Präparat wirkt anästhesierend; es wurden 5 bis 10 ccm auf einmal durch Nelatonkatheter eingeführt.

R. Bieling[8]) fand, daß innerhalb des Körpers eines infektionsempfänglichen Versuchstieres eine sicher tödlich wirkende Diphtheriebazillenmenge noch durch eine Eukupinotoxin-Verdünnung 1 : 10 000 unschädlich gemacht werden kann, so daß die Infektion des Tieres völlig verhindert wurde, und daß die aus den Reagenzglasversuchen bekannte rasche und starke Wirkung des Eukupinotoxins auch im Tierkörper erhalten bleibt. Auch gegenüber dem Milzbrandbazillus kommt dem Eukupinotoxin eine raschere und sicherere Wirkung zu, desgleichen gegenüber dem Tetanusbazillus und dem Gasbrandbazillus. Die Wirkung des Eukupinotoxins auf diese vier Bazillenarten ist als eine spezifische Desinfektionswirkung anzusehen, nicht als eine allgemeine unspezifische Giftwirkung auf lebende Organismen. Relativ unempfindlich gegenüber der Hydrochininreihe erweisen sich nach den bisher vorliegenden Untersuchungsergebnissen Typhus-, Paratyphus A- und B-, Koli-, Dysenterie-Y-Bazillus, Bacillus pyocyaneus, Bacillus pneumoniae Friedländer, empfindlich: Diphtherie-, Gasbrand-, Tetanus- und Milzbrandbazillus; Pneumo-, Strepto-, Staphylo-, Meningo- und Mikrokokkus melitensis. Die Vibrionen nehmen eine Mittelstellung ein. Die Glieder der höheren homologen Hydrochininreihe mit 5 bis 8 Kohlenstoffatomen in der Seitenkette übertreffen bei weitem die Desinfektionswerte der unspezifischen äußeren Desinfizientien, z. B. des Sublimats, sie bleiben auch bei Eiweißersatz im Reagenzglasversuch (Aszitesbouillon) und im infektionsempfänglichen Organismus selbst wirksam; die Wirkungsgröße wird nur von der Äthylverbindung aus derselben Reihe, dem

[5]) Wundbehandlung durch Tiefenantisepsis mit Isoktylhydrocuprein bihydrochloricum (Vuzin). Münch. med. Wochenschr. 1918 Nr. 20.

[6]) Die unblutige Bekämpfung eitriger Prozesse durch Morgenrothsche Chininderivate (Eucupin und Vucin). Berl. klin. Wochenschr. 1918 Nr. 7.

[7]) Über die Anwendung des Eukupins in der urologischen Therapie. Berl. klin. Wochenschr. 1917 Nr. 38. Aus der chirurg. Universitätsklinik zu Berlin (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Bier).

[8]) Über die Desinfektionswirkung der Chinaalkaloide auf pathogene Bazillen. Aus der Bakteriolog. Abteilung des Patholog. Instituts der Universität Berlin. Biochem. Zeitschr. 1918 Bd. 85 Heft 3 und 4.

Optochin, bei Pneumokokken übertroffen. Sie sind bei einer Anzahl gramnegativer Bazillen unwirksam. Das Eukupinotoxin ist auch für die Lokalbehandlung von Diphtherie und Milzbrand wichtig.

J. Morgenroth und E. Bumke[9]) haben interessante und vielversprechende Versuche über die Desinfektionswirkung der Chinatoxine ausgeführt.

Das Molekül des Chinins und seiner Derivate wird bekanntlich zurückgeführt auf die Grundlage zweier durch eine Kohlenstoffbrücke verbundener stickstoffhaltiger Kerne, den Chinolinkern und den Chinuklidinkern. Das intakte Vorhandensein des letzteren galt bisher als Voraussetzung für die antiparasitäre Wirkung. Durch J. Cohns Versuche an mit Trypanosomen infizierten Mäusen (Ztschr. f. Immun.-Forsch. 1913, 18, S. 570) wurde jedoch erwiesen, daß auch nach einer Aufspaltung des Kerns, die an seiner Stelle nur mehr einen Piperidinrest übrig läßt, die spezifische trypanozide Wirkung nicht nur erhalten bleibt, sondern sogar gesteigert wird. Morgenroth fand später, daß es sich bei den Chinaalkaloiden selbst und bei den durch Abspaltung des Chinuklidinkerns entstehenden Verbindungen, den sogenannten Chinatoxinen, um eine wesensgleiche Wirkung auf Trypanosomen handelt, d. h. daß sie an den gleichen Chemozeptoren ihren Angriffspunkt finden.

Morgenroth und Bumke fanden nun, daß die den Chinaalkaloiden Eukupin und Vuzin entsprechenden Chinatoxine, Eukupinotoxin und Vuzinotoxin, gegenüber Streptokokken und Staphylokokken absolut stärker wirken als die Stammalkaloide, und zwar erreicht die Wirkung im Reagenzglas schon nach einem kurzen Zeitraum Desinfektionswerte von einer Höhe, wie sie mit den Stammalkaloiden in der gleichen Zeit niemals erzielt wird und die auch, absolut betrachtet, außerordentlich groß ist. Der Staphylokokkus wird durch Eukupinotoxin nach 24 Stunden etwa viermal stärker beeinflußt als durch Eukupin; ersteres tötet ihn in Verdünnung von 1 : 51 200 vollständig ab, letzteres in 1 : 12 800! Keimverminderung dort bei 1 : 102 400, hier bei 1 : 25 600. Zeitlicher Verlauf der Wirkung: Bei sofortiger Abimpfung war von Eukupin eine Konzentration von 1 : 100 zur völligen Abtötung nötig, von Eukupinotoxin genügte eine Verdünnung von 1 : 3200, zur Keimverminderung dort 1 : 200, hier 1 : 6400; nach einer halben Stunde vollständige Abtötung durch Eukupin bei 1 : 800, durch Eukupinotoxin bei 1 : 12 800; nach einer und nach zwei Stunden besteht für beide Mittel keine Veränderung. Eukupinotoxin hat also einen ungemein starken zeitlichen Vorsprung, der erst allmählich und nicht vollständig von Eukupin eingeholt wird. Der Versuch mit Streptokokken verlief in demselben Sinne. Eukupinotoxin hydrochloricum 1 : 16 000 tötet innerhalb etwa einer halben Minute eine reichliche Streptokokkenmenge völlig ab. — Gegenüber Pneumokokken eilte Eukupinotoxin der Wirkung des Optochins zunächst erheblich voraus und war nach kurzer Zeit viermal bzw. zweimal stärker; nach 24 Stunden tötete Optochin in Verdünnung 1 : 500 000, Eukupinotoxin in 1 : 250 000 vollständig ab. Morgenroth und Bumke meinen, daß man der Kombination von Optochin und Eukupin oder Vuzin bei Pneumokokkeninfektionen näher treten sollte.

Vuzin übertrifft die Wirkung des Eukupins nach kurzer Zeit erheblich; das Vuzinotoxin ist nach kurzer Zeit und auch in der Endwirkung dem Eukupinotoxin kaum überlegen. Bei sofortiger Prüfung und nach einer halben Stunde ist Vuzinotoxin dem Vuzin um das 4- bis 16fache überlegen. —

Die Differenz im zeitlichen Verlauf der Wirkung zugunsten der Toxine gegenüber den Stammalkaloiden wächst in der homologen Reihe entsprechend der Vergrößerung des Moleküls. —

Es ist also die Möglichkeit gegeben, eine sehr starke Desinfektion schon innerhalb der ersten Stunden zu erzielen. Sublimat und Dakinsche Lösung treten hinter Eukupinotoxin ungemein weit zurück.

Eukupinotoxin hydrochloricum ist erheblich leichter löslich als das lösliche Salz des Vuzins, das Vuzin bihydrochloricum, und außerdem mit neutraler Reaktion löslich.

[9]) Zur chemotherapeutischen Desinfektion durch Chinaalkaloide und ihre Abkömmlinge. Aus der Bakteriologischen Abteilung des Pathologischen Instituts in Berlin. Deutsch. med. Wochenschr. 1918 Nr. 27.

Weitere Literatur:

A. Dönitz, Berl. klin. Wochenschr. 1918 Nr. 8 S. 175.
A. Bier, ebenda 1917 Nr. 30, 1918 Nr. 8 S. 192.
P. Rosenstein, ebenda 1918 Nr. 8 S. 192.
A. Neumann, ebenda 1918 Nr. 8 S. 191.
Morgenroth und Tugendreich, Die Desinfektionswirkung von Chinaalkaloiden auf Streptokokken. Ebenda 1916 Nr. 29.

Mitteilungen.

— Die im **brandenburgischen Provinzialdienst angestellten Irrenärzte** haben sich **organisiert.** Sie haben sich zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen und Standesangelegenheiten zu einem Verband zusammengeschlossen. Gründung und Annahme der Satzungen fanden in einer Versammlung am 19. Februar 1919 in Berlin statt. Der Vorstand besteht aus den Oberärzten Dr. Baumann (Landsberg a. W.), Dr. Spliedt (Görden) und Dr. Ahrens (Teupitz). Diese Herren sind zu näheren Auskünften bereit.

Therapeutisches.

— **Über Luminalexantheme, zugleich ein Beitrag zur Behandlung der Chorea infantum.** Von Dr. Luce und J. Feigl. Therap. Monatsh. 1918 Heft 7.

Luminal ist nach Ansicht der Autoren das beste Mittel zur Bekämpfung und Niederhaltung der epileptischen Tendenzen des Zentralnervensystems. Die Erfolge der Luminalkuren bei Chorea infantum waren in jeder Beziehung zufriedenstellend. In drei von fünf Fällen traten ausgesprochene Scharlach-Masern-Exantheme auf, bei deren Entstehung individuelle Momente eine Rolle spielen dürften. Die Rückbildung der Effloreszenzen erfolgte stets ohne die Zwischenstufe eines pigmentierten Zwischenstadiums. Die Frage, ob die für das Kindesalter recht erheblichen Luminaldosen toxische Schädigungen nach irgendeiner Richtung auslösen, können Verf. glatt verneinen.

Personalnachrichten.

— **Hannover.** Der Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Hildesheim, Sanitätsrat Dr. Schroeder, ist am 3. Dezember 1918 verstorben.

— Der Abteilungsarzt der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen, Dr. med. Buddee ist am 15. Juli 1918 auf dem Felde der Ehre gefallen.

— **Aus der Provinz Hannover.** Am 2. Dezember 1918 starb der Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Hildesheim Sanitätsrat Dr. Schroeder im Alter von 54 Jahren nach schwerer 4 wöchiger Krankheit. Dr. Schroeder ist mitten aus vollster Schaffenskraft dahingerafft. Er stand erst seit 1915 an der Spitze der

Anstalt und hatte die Aufgabe übertragen bekommen, die alte Anstalt zu einem allen Anforderungen gerecht werdenden neuzeitlichem Krankenhause umzubauen und sie damit auch zu erweitern. Das Schicksal hat es ihm nicht gestattet, den Beginn des Umbaues noch zu erleben. Mit ihm ist ein Mann von großem organisatorischen Geschick dahingegangen, von dem bei seinem großen ärztlichen Können und seiner vielseitigen Erfahrung noch viel für unsere Anstalten erwartet werden durfte. Sein Hinscheiden so schnell nach Erreichung seines Lebenszieles und in einem Augenblicke, wo er im Begriff war, eine neue gewaltige Aufgabe zur Lösung zu bringen, ist ein tragisches Geschick.

An Schroeders Stelle tritt Sanitätsrat Dr. Mönkemöller, bisher Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Langenhagen. Zum Direktor in Langenhagen ist Sanitätsrat Dr. Schütte, Oberarzt in Lüneburg, ernannt.

Oberarzt Dr. Bahr aus Langenhagen geht als Oberarzt nach Lüneburg. Abteilungsarzt Dr. Nizor in Langenhagen wird Oberarzt in Langenhagen.

— **Bamberg.** Heil- und Pflegeanstalt St. Getreu. Als Assistenzarzt ist am 1. Februar 1919 eingetreten Dr. Eduard Weiß aus Würzburg, bisher Oberarzt d. Res. beim Reservelazarett Bamberg.

Geschäftliches.

Wie die Fa. Trog & Co., Barmen-Rittershausen 262 mitteilt, ist sie in der Lage, die von ihr in früheren Jahren gelieferten Wäschenamen (ganz ausgeschrieben) und Wäschezeichen jeder Art, wie Buchstaben und Zahlen, wieder zu liefern. Die Fa. versendet auf Verlangen Muster mit Preisen kostenlos.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zwanzigster Jahrgang. Nr. 51/52. 1918/19.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Kreuzburg, Oberschlesien.

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 51/52. 29. März **1918/19.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 60 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Oberschlesien) zu richten.

Inhalt:

(Aus dem K. Reservelazarett Eglfing. Chefarzt: K. Obermedizinalrat Dr. Vocke, Stabsarzt d. Res.)

Dementia praecox und Krieg.

Von Landsturmarzt Dr. **Papst.**

Die Zunahme der funktionellen Geistesstörungen beim Heere in den letzten zwei Kriegsjahren hat das fachärztliche Interesse für die organischen Gehirnerkrankungen etwas in den Hintergrund treten lassen. Es ist auch leicht begreiflich, daß ein Gebiet wie das der Kriegsneurosen die ärztliche Aufmerksamkeit in erhöhtem Maße nach sich ziehen mußte. Zwar hat sich nicht etwa ein neues Krankheitsbild aufgetan, aber es sind doch neuartige, bisher ungewohnte, nicht alltägliche und jedermann geläufige Symptomenkomplexe zutage getreten, über deren Entstehen und Zugehörigkeit die Meinungen immer noch zu keiner vollen Einigung gelangen konnten. Es hat sich vor allem auch ein weites, fruchtbares Gebiet therapeutischer Handlungsmöglichkeit eröffnet, auf dem der kundige Nerven- und Seelenarzt Erfolge zu erzielen vermag, die der wohlgelungenen Operation eines geschickten Chirurgen nicht nachstehen. Viel wertvolle Arbeitskraft wurde dadurch dem Staate wiedergewonnen zu einer Zeit, wo jeder einzelne unentbehrlich ist, ebensoviel Kapital wurde für Gegenwart und Zukunft erspart, das für andere Zwecke ersprießlicher verwendet werden kann. Leider liegen die Verhältnisse auf dem Gebiete der eigentlichen, auf nachweisbar organischen Veränderungen beruhenden Geisteskrankheiten anders. Symptomatisch hat uns hier der Krieg noch weniger Neues gebracht als dort: Dieselben Krankheitsbilder, im wesentlichen dieselben Verlaufsformen, derselbe mit geringen Ausnahmen ungünstige Ausgang. Lediglich von der ätiologischen Seite läßt sich hier vielleicht eine Bereicherung unserer Erkenntnis erzielen, wenigstens könnte es gelingen, den Beziehungen zwischen Trauma, sowohl körperlichem wie seelischem, und Geisteskrankheit einen Schritt näher zu kommen. Dabei wird man sich immer wieder vor Augen halten müssen, daß wir noch weit von dem vorschwebenden Ziele entfernt sind, daß es uns vielleicht noch an fundamentalen Hilfsmitteln gebricht, welche uns, wenn überhaupt jemals, letzten Endes über die Entstehungsursache geistigen Erkrankens aufzuklären vermögen. Dementsprechend werden wir auch bei der kritischen Verwertung der gewonnenen Ergebnisse eine gewisse Vorsicht und Zurückhaltung nicht außer acht lassen dürfen. Ein näheres Eingehen auf diese Frage ist bei den geisteskrank gewordenen Militärpersonen um so notwendiger, als sich eigentlich nur hieraus die praktisch so wichtige Frage der Dienstbeschädigung klären läßt. Man kann sich nicht des Eindrucks erwehren, als ob unser bisheriges Handeln in dieser Richtung immer noch einem Umherirren im dunkeln gleichkäme, in dem zwar manchmal das Richtige getroffen, aber doch mindestens ebenso oft ein Fehlgriff getan wird. Unser Urteil, durch die langen Kriegsjahre zwar in vieler Beziehung geläutert, ist doch vielfach noch allzu subjektiv gefärbt, als daß wir den Anspruch darauf machen könnten, unserer Aufgabe in der gewünschten Weise gerecht zu werden. Vielleicht lassen sich aber aus der Betrachtung einer größeren Zahl von Fällen gewisse Richtlinien herausfinden, nach denen bei der praktischen Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Militärdienst und Geisteskrankheit zu verfahren wäre. Einen kleinen Beitrag zu dieser Frage sollen die folgenden Zeilen bilden, in denen über die seit Kriegsbeginn

im Reservelazarett Eglfing beobachteten Fälle von Dementia praecox berichtet wird.

Als im August 1914 von der Heeresverwaltung an alle Anstalten die Anfrage gestellt wurde, wie viele Lagerstellen für geisteskranke Heeresangehörige im Bedarfsfalle zur Verfügung gestellt werden könnten, wurden von der Anstalt Eglfing 100 Betten gemeldet. Durch Zusammenlegen einiger Abteilungen ließ sich im Oktober 1914 weiter noch die Einrichtung eines Reservelazarettes in der Stärke von 100 Betten für verwundete und kranke Krieger ermöglichen. Die geisteskranken Soldaten wurden jedoch vorerst in die Anstalt eingeliefert. Mit der langen Dauer des Krieges erschien es allmählich zweckmäßig, auch die 100 Lagerstellen für Geisteskranke, davon 90 für Mannschaften, 10 für Offiziere, dem Reservelazarette anzugliedern. Neben ärztlichen Erwägungen waren es besonders verwaltungstechnische Gründe, welche diese Maßnahme mitveranlaßten. Diese Lazarettabteilung besteht nunmehr seit Mitte Januar 1916.

Insgesamt kamen in der Zeit vom 29. August 1914 bis 1. Mai 1918 413 geisteskranke Soldaten neben 152 Kriegsgefangenen, welche im folgenden außer acht gelassen werden, zur Aufnahme. Dies entspricht einem Durchschnitt von monatlich 9,4. Bei den Aufnahmen handelt es sich fast ausschließlich um reine Fälle von Geisteskrankheit, leichtere Fälle von sogenannten Kriegsneurosen sind nur in geringer Anzahl vertreten. Aus der Gruppe der Hysterie kommen größtenteils nur Fälle von schwerer hysterischer Entartung in Frage.

Ein Schluß auf die Häufigkeit der Geisteskrankheiten beim Heere läßt sich aus der angeführten Zahl allein nicht ziehen, zumal das dem Lazarett zugewiesene Material so verschiedenen Truppenkontingenten entstammte, daß sich ein Vergleich zwischen Gesunden und Kranken nicht anstellen ließ. Hoche[1]) berechnet, daß, wenn wir Frieden behalten hätten, von der Gesamtzahl der jetzt im Felde stehenden Männer monatlich etwa 1000 wegen Geisteskrankheit in eine Irrenanstalt aufgenommen worden wären. Auf nur 100 Anstalten berechnet ergäbe sich eine monatliche Aufnahmezahl von 10, gegenüber der hier gefundenen von 9,4. Jedenfalls läßt sich daraus mit einiger Wahrscheinlichkeit der Schluß ziehen, daß sich durch den Krieg die Zahl der Geisteskranken beim Heere nicht wesentlich vermehrt hat.

Unter den 413 Fällen wurde 134 mal Dementia praecox diagnostiziert, also in 32,4 v. H. Diese Zahl beweist wieder die bekannte Tatsache, daß die Dementia praecox die häufigste Geisteskrankheit ist. Die meisten Kranken standen solange in Beobachtung, daß die Diagnose fast ausnahmslos geklärt werden konnte. Was bisher über die Häufigkeit des Auftretens von Dementia praecox bei Kriegsteilnehmern mitgeteilt wurde, entstammt früheren Zeiten, es kann deshalb zum Vergleich nur schwer herangezogen werden, auffallend ist jedenfalls der geringe, mit allen bisherigen Erfahrungen in Widerspruch stehende Prozentsatz, den Meyer[2]) angibt, nämlich 7,5 v. H. Schon näher der hier gefundenen Zahl kommt Lückerath[3]) mit 24,2 v. H. Nicht uninteressant ist in dieser Beziehung ein Vergleich zwischen hiesigem Lazarett und Anstalt in Friedens- und Kriegszeit. Die Anstalt hatte in den letzten drei Jahren vor dem Krieg unter sämtlichen männlichen Aufnahmen 20,26 v. H. Dementia-praecox-Kranke, i. J. 1915 28,9 v. H., 1916 **33,5** v. H., 1917 **31,6** v. H. Einen erheblichen Anteil an der Aufnahmeziffer haben im Frieden die alkoholischen Geistesstörungen. Diese sind in der Anstalt während des Krieges fast völlig ausgeblieben. Hierdurch wird die Zusammensetzung des Krankenmaterials wesentlich beeinflußt. Eine Weglassung der ganzen Erkrankungsform in den angeführten drei Friedensjahren würde eine Erhöhung der berechneten Prozentzahl von 20,26 auf 24,9 ergeben. Aber auch unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse hat die Dementia praecox unter den männlichen Aufnahmen der Anstalt im Kriege etwas zugenommen. Man sollte von vornherein in der Häufigkeit des Auftretens von Dementia praecox bei Soldaten und Nichtsoldaten eine bedeutende Differenz zugunsten der letzteren erwarten, da doch ein beträchtlicher Prozentsatz gerade der Lebensabschnitte, in denen diese Erkrankung vorherrscht, durch den Krieg beim Zivilstand ausfällt. Tatsächlich liefert die vorliegende Berechnung fast die gleichen Prozentzahlen. Eine befriedigende Erklärung dieses Ergebnisses läßt sich vorerst nicht geben, teilweise läßt es sich vielleicht damit begründen, daß ein Teil der während der Dienstzeit Erkrankten beim Ausscheiden aus dem Militärverband den Weg in die Anstalt geht und somit auch in der Anstaltsstatistik erscheint. Unterschiede, die durch das Fehlen gewisser Krankheitsformen beim Militär zu erwarten wären, so den Ausfall sämtlicher Erkrankungen vor und nach dem dienstpflichtigen Alter, von Idiotie, Kretinismus, spielen jedenfalls keine wichtige Rolle, denn sie werden ausgeglichen durch das häufigere Vorkom-

[1]) Hoche, Monatsschr. f. Psych. und Neur. 1916, 39.

[2]) Meyer E., Arch. f. Psych. 57, 1, 1917.

[3]) Lückerath, Allg. Zeitschr. f. Psych. 72/5. 6.

men schwerer Hysterieformen, wie sie bei den in die Anstalt Aufgenommenen weit seltener beobachtet werden. Erhebungen, die Stier[4]) 1905/06 im deutschen Heere gepflogen hat, ergaben unter den Geisteskranken 35 v. H. mit Dementia praecox.

Nach dem Lebensalter verteilen sich die 134 Fälle von Dementia praecox folgendermaßen:

Vor dem 20. Lebensjahr:	9	(6,7 v. H.)
Vom 20.—25. „	: 35	(26,1 „)
„ 25.—30. „	: 28	(20,8 „)
„ 30.—35. „	: 32	(23,8 „)
„ 35.—40. „	: 21	(15,6 „)
„ 40.—45. „	: 9	(6,7 „)
„ 45.—50. „	: 0	(0 „)

Der höchste Prozentsatz fällt demnach in die erste Hälfte des dritten Lebensjahrzehnts, der niedrigste in die Zeit vom 40. bis 45. Lebensjahre. Die für das zweite Lebensjahrzehnt berechnete Zahl ist gegenüber der Wirklichkeit viel zu niedrig, da sie ja nur Fälle im 18. und 19. Lebensjahre betrifft. Die Dementia praecox tritt erfahrungsgemäß am häufigsten zwischen 15. und 30. Lebensjahr auf. Der Prozentsatz, der sich auf die übrigen Lebensperioden erstreckt, ist verhältnismäßig gering. Das kriegsdienstpflichtige Alter deckt sich also in der Hauptsache mit den Zeitabschnitten, welche die Dementia praecox bevorzugt. Die Erfahrungen aus der Friedenszeit können demnach mit den im Kriege gewonnenen unter Berücksichtigung einiger kleinerer Abweichungen verglichen werden. In der nachfolgenden Tabelle sind die hier aufgeführten Zahlen zwei aus Friedenszeiten stammenden Statistiken, sowie den von Meyer[5]) in Königsberg während des Krieges gefundenen Ergebnissen gegenübergestellt:

Erkrankungsalter	Prozentsatz nach			
	Kraepelin[6])	Wolfsohn[7])	Laz. Eglfing	Königsberg[5])
15.—20. Lebensjahr	21,7	18	6,7	13,9
20.—25. „	25,5	22	26,1	30,9
25.—30. „	22,8	20	20,8	25,7
30.—35. „	13,0	12	23,8	14,9
35.—40. „	5,0	11	15,6	7,2
40.—45. „	3,3	5	6,7	7,2

Das 15. bis 20. Lebensjahr soll beiseite gelassen werden. Übereinstimmend beginnt die Krankheit am häufigsten zwischen 20. und 30. Lebensjahr, in 44 bis 56,6 v. H. Während aber in der Friedensstatistik vom 30. Lebensjahre an ein bedeutender Sturz der Prozentzahl nach abwärts beobachtet wird, bleibt sie beim Soldatenmaterial noch sehr hoch, sogar höher als in dem vorangehenden Lebensabschnitt. Die Ergebnisse Meyers nähern sich dagegen wieder mehr den im Frieden festgestellten Zahlen. Es dürfte dies möglicherweise darauf zurückzuführen sein, daß letzterer auch für das 3. Lebensjahrzehnt eine auffallend hohe Zahl nennt, was für den folgenden Abschnitt einen größeren Rückgang bedingt. Auch für das 35. bis 40. Lebensjahr ist der Prozentsatz unseres Materials gegenüber den Friedensverhältnissen noch relativ hoch. Vielleicht läßt sich darin eine Bestätigung der vielfach ausgesprochenen Ansicht erblicken, daß durch die Eigenart des Militär- und Kriegsdienstes manche leichtere Fälle von Dementia praecox evident geworden sind, die in ruhigen Friedensjahren sich durch das Leben geschlagen hätten, ohne besonders aufzufallen, daß vielleicht doch bei manchem die Erkrankung ausgelöst worden ist, die ohne den Krieg und das Militärleben nicht zur Entwicklung gekommen wäre.

Diese Annahme wird weiterhin gestützt durch das Ergebnis, welches eine Zusammenstellung der Krankheitsfälle nach der Art der militärischen Aushebung ergibt. Es gehörten an:

dem aktiven Stand	7
der Reserve	14
der Landwehr	30
dem gedienten Landsturm . .	4
der Ersatzreserve	11
dem ungedienten Landsturm .	47
den Rekruten	14
den Kriegsfreiwilligen . . .	7.

Landwehr und ungedienter Landsturm weisen demnach die höchste Beteiligung auf. Die Landwehr umfaßt bekanntlich Leute der Altersklasse 30 bis 40. Auch von den Angehörigen des ungedienten Landsturms waren 22, also fast die Hälfte in dieser Altersklasse. Für den ungedienten Landsturm kann dieses Ergebnis nicht wundernehmen, befindet sich darunter doch ein beträchtlicher Teil jener Klasse von Menschen mit körperlichen und seelischen Defekten, aus der sich auch sonst die Mehrzahl der Geisteskranken rekrutiert. Auffallender ist schon die große Beteiligung der Landwehrleute. Gegenüber der ersteren Gruppe sind diese dadurch im Vorteil, daß ihnen die Eigenarten des

[4]) Stier, cit. n. Weygandt, Jahresk. f. ärztl. Fortbildung 1915.

[5]) l. c.

[6]) Kraepelin, Psychiatrie 8. Aufl.

[7]) Wolfsohn, cit. nach Bleuler, Handbuch der Psych. 4. Abt.

militärischen Lebens schon von früher her bekannt sind und die Anstrengungen der Ausbildungszeit für sie in Wegfall kommen. Beiden gemeinsam sind jedoch Umstände, welche bei der Beurteilung der Entstehung von Geisteskrankheiten bei Heeresangehörigen Beachtung verdienen. In unserer Zeit, in welcher infolge der erschwerten Lebensbedingungen überhaupt die Nervosität leider zu häufig in Erscheinung tritt, in der sich manche Zeichen einer gewissen Rassenentartung deutlich bemerkbar machen, treten schon im vierten Lebensjahrzehnt Aufbrauchserscheinungen zutage. Der militärische Dienst während des Krieges, sowohl in der Heimat wie ganz besonders im Felde, erfordert zweifellos eine gewisse Elastizität, Anpassungsfähigkeit und Widerstandskraft gegen körperliche und seelische Einflüsse. Diese Eigenschaften erfahren mit zunehmendem Alter eine Abnahme, so daß der Zwanzigjährige bezüglich der Anforderungen, die an ihn gestellt werden, anders zu bewerten ist, als der Dreißig- und Vierzigjährige. Will man äußeren Einflüssen nicht jede Bedeutung für die Entstehung oder Auslösung von Erkrankungen von der Art der Dementia praecox absprechen, so läßt sich unser Ergebnis bezüglich der älteren Jahrgänge damit erklären, daß bei diesen die körperliche und geistige Widerstandsfähigkeit bereits abgenommen hat und dadurch der Boden für den Ausbruch seelischer Erkrankung geeigneter geworden ist.

Erbliche Veranlagung im weitesten Sinne fand sich in 51,8 v. H. der Fälle. Mit eingerechnet wurden sowohl direkte erbliche Belastung wie jede Art von krankhaften Geisteszuständen und abnormen Charakteren in der Verwandtschaft. Die Zahl deckt sich mit den auch anderweitig angegebenen. Sie ist wahrscheinlich noch etwas zu niedrig im Vergleich zur Wirklichkeit, denn in manchen Fällen konnte die Vorgeschichte nicht mit der wünschenswerten Genauigkeit ermittelt werden.

Psychopathische Züge, auffallende Charaktereigenschaften oder absonderliches Wesen vor dem Eintritt zur Truppe wurde in 50 v. H. konstatiert. Es sind genannt: Schwächlichkeit, Kränklichkeit, leichte Ermüdbarkeit, schwere Träume, Neigung zu Kopfschmerz, verschlossenes, tiefsinniges Wesen, Menschenscheu, Sonderlingsmanieren, Führen von Selbstgesprächen, häufiger, grundloser Stellungswechsel, Nachtwandeln, Bettnässen, Nachlassen im Studium, Umherstreunen, Landstreicherei, Angehörigkeit zur Fremdenlegion, Vorstrafen, Nervenzerrüttung, Imbezillität, Auftreten von Halluzinationen, früherer Aufenthalt in Anstalten. Der Prozentsatz ist hoch und beweist wiederum die altbekannte Tatsache, daß Psychosen in erster Linie zum Ausbruch kommen bei Individuen, die von Haus aus geistige Defekte aufweisen. In 15 Fällen reichte der Beginn der Erkrankung sicherlich schon in die Zeit vor der Einstellung zurück.

Im Felde waren von den 134 an Dementia praecox erkrankten Soldaten 96 (71,6 v. H.), davon 59 fünf Monate und länger. Die Aufenthaltszeiten an der Front schwanken zwischen zehn Tagen und dreieinhalb Jahren. Dem größten Teil dieser Leute ging, soweit es sich nicht um gediente Mannschaft handelt, eine durchschnittliche Ausbildungszeit von vier Monaten voran. Wenn bei einer so großen Anzahl die Krankheit erst nach neun- und mehrmonatigem Kriegsdienst auftritt, so muß unwillkürlich die Vermutung eines inneren Zusammenhanges zwischen Erkrankung und Dienst auftauchen. An ernsteren Schlachten und Feuergefechten waren 40 beteiligt, 39 machten Stellungskrieg mit, der Rest von 17 stand nicht im Feuer.

Von den 96 Feldzugsteilnehmern wurden 17 (17,9 v. H.) verwundet, davon 10 leicht, die übrigen 7 schwerer. Einer wurde verschüttet, zwei stürzten vom Pferde. Der Verschüttete bekam im Anschluß an die Verschüttung einen Nervenchok, von dem er sich nicht mehr erholte. Er wurde nach einer Behandlungsdauer von sieben Monaten in die für ihn zuständige Heil- und Pflegeanstalt überführt. Bei dem einen Sturz vom Pferde handelte es sich um einen Feldunterveterinär, der vor seiner Militärzeit keine auffallenden Erscheinungen darbot, aber von jeher ein schwächlicher, weich veranlagter, schüchterner und scheuer Mensch war. Beim Sturz fiel er auf den Kopf, war aber nicht bewußtlos. Einen Monat lang konnte er nicht mehr reiten. Bald nach dem Unfall fiel seinen Eltern eine Veränderung in seinem Wesen auf. Er selbst gab an, seit dieser Zeit die Empfindung zu haben, daß er verfolgt werde. Die Krankheit verlief anfangs sehr schleichend, der Betreffende diente noch weiter, war fast drei Monate im Felde, wo er allerdings einen leichten Posten inne hatte, und legte darauf noch sein medizinisches Examen mit Erfolg ab, bald darauf erfolgte der völlige Zusammenbruch. Die Dienstbeschädigungsfrage wurde in unserem Lazarett nicht mehr erörtert, da der Kranke auf Wunsch seiner Eltern einer Heimatanstalt zugeführt wurde. Sie müßte jedenfalls bejaht werden, denn niemand wird behaupten können, daß das Trauma ohne Einfluß auf die Auslösung des Krankheitszustandes gewesen sein wird.

Der zweite Sturz vom Pferde betraf einen 31 jährigen Offizier, Leutnant der Reserve. Es wird berichtet, daß dieser seit seinem Unfall ein eigen-

artig aufgeregtes, klagendes Wesen zur Schau getragen habe. Die eigentliche Psychose brach aber erst dreieinhalb Monate später aus, nachdem er von einem Scheinwerferzug zur Infanterie versetzt worden war. Auf die Versetzung hin, die ihm sehr wenig willkommen war, meldete er sich schon nach acht Tagen krank. Bei der Untersuchung trat in Gegenwart des Arztes ein Anfall auf, der einen hysterieartigen Eindruck machte. Der weitere Verlauf sprach mehr für eine Dementia praecox, namentlich im Hinblick auf das Bestehen von Verfolgungsideen, sowie zahlreicher Gehörs- und Gesichtshalluzinationen. Der Kranke befand sich nur fünf Wochen in unserem Lazarett, eine Besserung trat in dieser Zeit nicht ein, er wurde auf Antrag der Angehörigen seiner zuständigen Landesheilanstalt überwiesen. Ob es sich hierbei nicht doch um einen psychogenen, der Hysterie angehörigen Zustand gehandelt hat, möchte ich nicht völlig ausschließen.

In direktem Anschluß an die Verwundung brach die geistige Erkrankung bei zwei Fällen aus. Der eine erlitt eine schwere Granatsplitterverletzung am linken Oberarm mit Knochensplitterung. Er war schon bei der Einlieferung in das Feldlazarett verwirrt und unklar. In unserem Lazarett hatte er während der ganzen Zeit seines dreimonatigen Aufenthaltes einen deliranten Zustand mit heftiger Erregung, völliger Verwirrtheit und Unzugänglichkeit, in dem er auch in eine heimatliche Anstalt überführt wurde. Im zweiten Falle war es ein Offizier, welcher gleich in den ersten Kriegswochen schwer am rechten Unterschenkel durch Querschläger verwundet wurde, infolge von Wundinfektion hoch fieberte und während dieser Zeit psychisch erkrankte. Das Zustandsbild wurde zunächst als Infektionsdelirium angesprochen, es trat auch nach acht Monaten eine erhebliche Besserung ein, so daß der Offizier nach einem Jahre wieder als gv. bezeichnet wurde. Nach einer weiteren Dienstzeit von sieben Monaten erfolgte jedoch eine neue Attacke, die in ihrem Verlauf an der Diagnose Dementia praecox keinen Zweifel ließ. Auch diesmal trat eine weitgehende Remission ein, so daß der Kranke nach elf Monaten aus dem Lazarett entlassen werden konnte. Seit seiner Entlassung, die vor Jahresfrist erfolgte, widmet er sich dem Studium der Landwirtschaft. Der Fall ist deshalb besonders bemerkenswert, weil er von Anfang an prognostisch einen ganz ungünstigen Eindruck machte.

Auch sonst werden verschiedene Umstände namhaft gemacht, welche die Erkrankung ausgelöst oder vorzeitig zum Ausbruch gebracht haben sollen. Die aufregenden Tage der Mobilmachung werden nur zweimal als ätiologisches Moment angegeben.

Bei einem Infanteristen, der schon längere Zeit ein sonderbares Benehmen zur Schau trug und wegen Krampfaderbeschwerden sich im Lazarett befand, löste die Mitteilung von der bevorstehenden Abstellung zur Truppe einen stuporösen Zustand mit Erregung aus, der zunächst einen psychogenen Eindruck machte, im Laufe der achtmonatigen Behandlung sich aber einwandfrei als der Dementia praecox zugehörig erwies. Ein anderer Kranker, 35 jähriger Landwehrmann kam öfters in Granatfeuer, geriet darüber in lebhafte Angst, die sich in der Zeit der Ruhe fortsetzte und während der folgenden Erkrankung in Form ängstlicher Erregung widerspiegelte. Bei einem weiteren 35 jährigen Landwehrmann kam die Geisteskrankheit im Anschluß an eine Leistenbruchoperation zum Ausbruch. Er war zuvor schon einige Zeit im Felde gestanden, machte mehrere Gefechte mit, war namentlich beim ersten sehr aufgeregt und ängstlich und wurde einmal leicht durch Streifschuß verwundet. Auch hier standen zu Beginn psychogene Symptome im Vordergrund. Als er einmal von einem Feldwebel angefahren wurde, geriet er in heftige Erregung, zitterte am ganzen Körper und war einige Zeit bewußtlos. Unmittelbar nach einem operativen Eingriff traten die ersten Erscheinungen bei einem 41 jährigen Landsturmmann zutage. Dieser wurde am linken Unterarm schwer verwundet und geriet in französische Gefangenschaft. Nach acht Monaten wurde er in der Schweiz interniert, dort wurde eine Nervennaht vorgenommen, gleich nach der Operation brach eine schwere Erregung aus.

Ein 34 jähriger Armierungssoldat, bei dem schon in den letzten Jahren vor dem Krieg eine steigende Nervosität beobachtet wurde, brach schon am vierten Tage seiner Dienstzeit nach einem lange dauernden Marsch zusammen und bekam einen heftigen Erregungszustand. Er stand daraufhin neun Monate in Behandlung, so daß die Diagnose einwandfrei geklärt werden konnte. Auf Überanstrengung im Dienst führte sein Leiden auch ein 29 jähriger Ersatzreservist zurück, der bei der Ausbildung für die Alpentruppen körperlich zusammenbrach. Zu Ungunsten einer Dienstbeschädigung sprach in diesem Falle der Umstand, daß schwere erbliche Belastung vorlag und der Erkrankte schon vor dem Krieg leicht reizbar und bei jeder Kleinigkeit verstimmt war. Erwähnenswert ist auch der Fall eines 33 jährigen Landwehrmannes, der schon gleich bei Kriegsbeginn am Kiefer durch Granatsplitter schwer verwundet wurde und infolge par-

tieller Kieferklemme in seiner Ernährung stark geschädigt war. Die ersten Erscheinungen der Geisteskrankheit traten während der Wundbehandlung, vier Monate nach der Verwundung auf. Der Verletzte war schon früher ein leicht erregbarer Mensch, der wiederholt wegen Vergehen, die er im Affekt begangen hatte, vorbestraft war. Drei Monate nach der Aufnahme trat eine so erhebliche Besserung ein, daß er als gv. zum Ersatztruppenteil entlassen werden konnte. Es handelte sich aber, wie die Zukunft lehrte, nur um eine Remission, denn nach acht Monaten, während welcher Zeit der Betreffende an Ulcus ventriculi operiert wurde, brach die Erkrankung mit großer Heftigkeit von neuem aus. Der Kranke mußte nach der Entlassung aus dem Militärdienst einer heimatlichen Anstalt überwiesen werden.

Nach dem Platzen einer Granate in unmittelbarer Nähe bekam ein sonst gesunder 39 jähriger Landsturmmann einen heftigen Schreck, wurde ängstlich, schlief schlecht und hörte Stimmen. Der weitere Verlauf sprach für Dementia praecox. Schweres Artilleriefeuer löste bei einem 28 jährigen, neuropathisch veranlagten Landsturmmann eine Neurose mit Zittererscheinungen, Reflex-, Sensibilitäts-, Geh- und Sprachstörungen aus. Das Zustandsbild ging nach Monaten in eine kaum zu verkennende Dementia praecox über.

In zwei Fällen entstand die Krankheit während einer Paratyphusinfektion. Das eine Mal handelte es sich um einen 26 jährigen Grenadier, der immer aufgeregt und schwächlich war, das andere Mal um einen 24 jährigen Sanitätsgefreiten, der schon vor dem Kriege nervös war. Beide hatten längeren Kriegsdienst hinter sich.

Eine Gruppierung der Fälle nach den von Kraepelin früher angegebenen Zustandsbildern liefert folgendes Ergebnis:

Hebephrenische Form	22	(16,4 v. H.)
Katatonische Form .	17	(12,7 v. H.)
Paranoide Form . .	95	(70,9 v. H.).

Auf eine genauere Gruppierung, wie sie Kraepelin neuerdings vorschlägt, mußte schon deshalb verzichtet werden, weil in den wenigsten Fällen bei der Entlassung aus der Behandlung der Krankheitsvorgang als abgeschlossen erachtet werden konnte. Schwerere Erregungszustände wurden in 46,9 v. H. beobachtet. Auffallend ist der hohe Prozentsatz an paranoiden Formen, der sonst von keiner Seite in dieser Höhe angegeben wird. Bezüglich des Krankheitsverlaufes ergaben sich keine besonderen Abweichungen von dem, was aus der Friedenszeit bekannt ist. Zwei Kranke mit schwerster, lange dauernder katatonischer Erregung genasen völlig, sind seit langer Zeit wieder berufsfähig und lehren so aufs neue, daß auch die scheinbar hoffnungslosesten Fälle sich noch zu einem guten Ende wenden können. Kriegs- oder sonstige dienstliche Erlebnisse wurden siebenmal in den Kreis der Wahnbildungen einbezogen; eine wichtigere Rolle spielten sie nur bei einem Kranken.

29 Leute (21,6 v. H.) konnten wesentlich gebessert nach Hause in Familienpflege entlassen werden, 87 (64,9 v. H.) wurden ungeheilt in andere Anstalten oder Lazarette überführt, 7 wurden ungeheilt den Angehörigen auf deren besonderen Wunsch übergeben, 1 ist entwichen, 2 sind gestorben, 8 befinden sich zurzeit noch in Behandlung.

Die Diagnose konnte beinahe in allen Fällen mit Sicherheit gestellt werden, da die Behandlungsdauer fast durchweg eine so lange war, daß allenfallsige Zweifel aufgeklärt werden konnten. Sie betrug in 84 Fällen nicht unter fünf Monate. Zweifelhaft hinsichtlich der Diagnose erschienen nur fünf Fälle. Differentialdiagnostisch handelte es sich dabei zweimal um Umstände, die dem manisch-depressiven Irresein, und dreimal um solche, die der Gruppe der Hysterie angehören konnten.

Zur Dienstbeschädigungsfrage mußte in 94 Fällen (70,1 v. H.) Stellung genommen werden. Sie wurde 51 mal bejaht, 43 mal verneint. Ausschlaggebend war bei der Beurteilung in erster Linie das Maß der dienstlichen Anforderungen, die von dem einzelnen verlangt wurden, insbesondere längere Anwesenheit im Felde, Beteiligung an Kämpfen und Erduldung von Strapazen. Die Tatsache, daß jemand von Hause aus erblich belastet ist, und vielleicht schon vor dem Diensteintritt geistige Defekte aufweist, darf nicht zu einer prinzipiellen Ablehnung der Dienstbeschädigungsmöglichkeit führen, wie es von mancher Seite verlangt wird. Zeigt sich doch, daß gerade solche Leute in erster Linie auf äußere Reize reagieren und am ehesten zu schwerer geistiger Erkrankung disponieren. Unser Wissen über den inneren Zusammenhang von äußeren Schädlichkeiten und Dementia praecox ist noch sehr gering. Wir werden auch nicht erwarten dürfen, daß in absehbarer Zeit ein Strahl der Erkenntnis in dieses Dunkel dringen wird. Denn selbst wenn uns der bisher eingeschlagene Weg, der in den Anomalien der inneren Sekretion vorgezeigt ist, auf ein bestimmtes Ziel in der Ursachenlehre der Dementia praecox führen sollte, so bliebe letzten Endes immer noch die Frage offen, auf welche Weise primär die Stoffwechselstörung zustande kommt. Es ginge ähnlich wie bei der Paralyse, bei der wir eine lueti-

tische Infektion voraussetzen, aber nicht wissen, warum der eine paralytisch wird, der andere nicht. Daß Gemütsbewegungen in körperlichen Veränderungen zum Ausdruck kommen, ist eine allbekannte Tatsache. Wie sehr diese Veränderungen beim einzelnen Individuum verschieden sind, läßt sich alltäglich beobachten. Ganz besonders scheint in dieser Beziehung das Kreislaufsystem zu reagieren. Die Wirkung heftiger Affekte auf das Gefäßsystem, die Sekretion und Exkretion manifestiert sich beim gesunden und körperlich kranken Menschen in den verschiedensten Erscheinungen, so in Erröten, Erblassen, heftigem Schweißausbruch, Stuhl- und Urindrang, plötzlichem Durchfall, Verminderung der Speichel-, Magen- und Darmsekretion, Aufhören der Menstruation, der Milchsekretion, Steigerung des Eiweißes bei Nephritikern, des Zuckers bei Diabetikern, Temperatursteigerung, plötzlichem Ergrauen, Auftreten von stenokardischen, asthmatischen, sogar apoplektischen Anfällen. Es wäre doch denkbar, daß durch allzu häufige Wiederkehr von solchen Reizen, wie sie durch Gemütsbewegungen ausgelöst werden oder durch länger dauerndes Vorhandensein heftiger Unlustempfindungen Kreislaufstörungen verursacht würden, die bei hierzu Prädisponierten auch in den drüsigen Organen, in denen nach der gegenwärtigen Anschauung der Ausgangspunkt der Dementia praecox vermutet wird, ganz bestimmte Stoffwechselstörungen hervorrufen können. Diese Anschauung, die schon mehrfach ausgesprochen wurde, bleibt freilich einstweilen eine Hypothese, die nicht bewiesen, aber auch ebenso wenig widerlegt werden kann. Die gemütlichen Einflüsse, welche in diesem Kriege das Nervensystem in Mitleidenschaft ziehen, übertreffen an Tiefe und Heftigkeit wohl alles, was uns aus Friedenszeiten erinnerlich ist. Wenn schon der geistig Gesunde unter diesen Eindrücken manchmal sich zusammennehmen muß, um nicht zusammenzubrechen, um wieviel weniger wird der geistig Minderwertige diesen schädigenden Einwirkungen dauernd standhalten können. Diese Ansicht vertritt auch Alt.[8]) Er schreibt: Daß starke seelische Erschütterungen, zumal solche, die plötzlich und allzu wuchtig hereinbrechen, die ganze psychische Persönlichkeit nachhaltig verändern können, ist eine Erfahrungstatsache, die nur der Arzt übersehen kann, der nicht mitten im Leben steht. Bezüglich der Kriegsverhältnisse steht er gleichfalls auf dem Standpunkt, daß Fälle von Dementia praecox durch den Krieg schneller in Marsch gesetzt oder vielleicht überhaupt erst mobilisiert wurden. In demselben Sinne spricht sich Baller[9]) aus. Er ist der Anschauung, daß das degenerierte Nervensystem, das im Frieden und täglichen Leben wie eine eingearbeitete Maschine ohne Störung funktioniert, bei der starken Belastung, die der Krieg auf Energie und Widerstandsfähigkeit des Individuums ausübt, in Verwirrung gerät und zusammenbricht. Auch nach Weygandt[10]) kann der Krieg bei prädisponierten Persönlichkeiten psychische Störungen und besonders Dementia praecox zum Ausbruch bringen.

Unter den Schädlichkeiten, welche von besonders ungünstigem Einfluß sind, werden genannt die Trennung vom häuslichen Herd und den Angehörigen, die Versetzung in neue, ungewohnte Verhältnisse, Sehnsucht nach der Heimat, Heimweh, die Sorge um das wirtschaftliche Fortkommen der Angehörigen, Entbehrungen jeglicher Art, insbesondere ungenügende Ernährung, unregelmäßige Lebensweise, schlechte Unterkunft, schlechter Schlaf, körperliche Erschöpfung, große Verantwortung, dauernde Affektanspannung, schreckliche Eindrücke des Schlachtfeldes, Granatexplosionen in unmittelbarer Nähe, tagelanges Aushalten im Feuer. In der Regel sind es mehrere dieser Ursachen, welche gleichzeitig vom Nervensystem ihren Tribut verlangen. Mit Recht wird von mancher Seite eine gewisse Zurückhaltung bei der Annahme eines Zusammenhanges zwischen Kriegsdienst und geistiger Erkrankung empfohlen. Ich gehe nicht soweit wie Wagner,[11]) der Dienstbeschädigung dann annimmt, wenn der Betreffende vor seiner Einstellung keine Krankheitszeichen geboten hat. In dem Militärdienst an sich, in der Mobilmachung und Einziehung kann, wie Meyer[12]) bemerkt, die Ursache der Erkrankung nicht gesucht werden. Wenn aber der Nachweis erbracht ist, daß der Erkrankte monatelang im Felde war, an schweren Kämpfen teilgenommen hat, vielleicht sogar verwundet wurde, so wird man praktisch über die Bejahung der Dienstbeschädigung nicht hinwegkommen, mag rein theoretisch der Zusammenhang noch so sehr einer sicheren Grundlage entbehren. Jeder andere Standpunkt läuft, um einen Ausdruck Wagners zu gebrauchen, dem Rechtsbewußtsein des Laien zuwider, daß jemand, der gesund in den Krieg zog, für eine in demselben erworbene schwere Erkrankung keine Entschädigung erhalten soll. Die Folge der Ablehnung ist ein Einspruch der Angehörigen des Kranken, der durch alle In-

[8]) K. Alt, Zeitsch. f. ärztl. Forth. 1915, 11/12.

[9]) Baller, Allg. Zeitschr. f. Psych. 73, 1.

[10]) Weygandt, Med. Kl. 1914, 39.

[11]) Wagner, Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych. 37, 1917.

[12]) l. c.

stanzen mit großer Erbitterung gegen die Militärbehörden durchgefochten wird und fast regelmäßig mit einer Nachgiebigkeit seitens der letzteren endigt. Ein anderer, strengerer Maßstab ist natürlich bei Nichtkriegsteilnehmern am Platze. Hier wird man ganz bestimmte Anhaltspunkte voraussetzen müssen, wenn man sich zur Annahme einer Dienstbeschädigung entschließen will. Bei unserem Material war dies nur dreimal der Fall.

Was schließlich die weitere dienstliche Verwendung anbelangt, so wurden, soweit dies überhaupt zu entscheiden war, mit zwei Ausnahmen sämtliche für dauernd dienstunfähig erklärt. In den beiden Ausnahmefällen war die Annahme von Garnisonsdienstfähigkeit gerechtfertigt, bei dem einen soll schon nach kurzer Zeit ein Rückfall eingetreten sein. Maßgebend war bei der Beurteilung dieser Frage vor allem die Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit, nach der überstandene Geisteskrankheit untauglich zu jedem Heeresdienst macht. Zweifellos wäre der eine oder andere von den gebessert Entlassenen noch zu leichtem Garnisons- und Arbeitsdienst zu verwenden gewesen. Aber nach den Erfahrungen an anderen Fällen empfiehlt es sich im allgemeinen nicht, Leute, die eine so schwere geistige Erkrankung hinter sich haben, die fast regelmäßig noch die Spuren geistiger Defekte erkennen lassen und jederzeit neuerdings erkranken können, wieder in Dienst zu stellen. Die Gefahr eines Rückfalles wird dadurch nur begünstigt. Es gibt genug Arbeitsmöglichkeiten, bei denen die wenigen, die soweit gekommen sind, daß sie wieder arbeiten können, besser und nutzbringender sich verwenden lassen als beim Militär, wo eine für solche Leute unerläßliche Individualisieuung kaum durchführbar ist.

Verallgemeinernde Schlußfolgerungen aus dem Vorstehenden zu ziehen, wäre verfrüht und würde ein der Wirklichkeit sicherlich nicht entsprechendes Resultat liefern. Erst spätere Zeiten werden lehren, welchen Einfluß der gegenwärtige Krieg, der mit keinem der bisher dagewesenen nur annähernd verglichen werden kann, auf die Entstehung und den Verlauf der Geisteskrankheiten ausgeübt hat. Für die Dementia praecox glaubt Meyer von den Friedenserfahrungen keine Abweichung beobachtet zu haben. Ob diese Ansicht richtig ist, wird die Zukunft zeigen. Unser Material hat bis jetzt fraglos eine namhafte Erhöhung der Altersstufe nach oben ergeben. Auch die Tatsache, daß die Psychose bei so vielen der Erkrankten erst nach monatelangem Kriegsdienst zum Ausbruch kam, gibt der Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Geisteskrankheit und Kriegsdienst eine positivere Grundlage.

(Eingegangen 31. Juli 1918.)

Revolution und Angestellte an den Provinzialanstalten.

Der Artikel des Herrn Kollegen Spliedt, Brandenburg, in Nr. 43-44 des laufenden Jahrgangs: „Zur gegenwärtigen Lage der Anstalten" gibt mir Veranlassung zu einer kurzen Erörterung.

Die bürgerlichen Parteien, vielleicht inklusive Demokratische Volkspartei, werden aller Voraussicht nach die berechtigten Wünsche der Beamtenschaft vertreten und somit auch der Anerkennung der alten Anstellungsbedingungen Unterstützung angedeihen lassen. Sie werden auch Rangunterschiede bestehen lassen, die durch Dienstalter und Amtsobliegenheiten in gleicher Weise berechtigt erscheinen müssen, wenn auch andererseits einer Verminderung, Änderung, d. h. Vereinheitlichung und Vereinfachung, eventuell selbst Aufhebung der Titulaturen nur das Wort geredet werden kann.

Die Stellung der Sozialdemokratie diesen Fragen gegenüber ist zum mindesten zweifelhaft und es ist daher, zumal auch die Haltung der Demokraten nicht voll geklärt ist, sehr wahrscheinlich mit ganz erheblichen Umwälzungen zu rechnen.

Neben der außerordentlich wichtigen Frage der lebenslänglichen Anstellung und Pensionsberechtigung, die auch uns Anstaltsärzte empfindlich berührt, sind noch eine ganze Menge Beamtenfragen aufzuwerfen, zu erörtern und eventuell zu verfechten, zu fördern und daher von einer möglichst großen Anzahl tatkräftig zu unterstützen.

Heute bedeutet Organisation Macht.

Nur durch straffste Organisation ist die Sozialdemokratie zur Macht gelangt.

Was gute Organisation zu erreichen vermag, beweist das beliebte Kampfmittel der Sozialdemokratie, der Generalstreik, beweisen nicht zuletzt auch die Streiks der Beamten, z. B. in Wilhelmshaven, Stettin und an anderen Stellen.

Wenn die Beamten eine Macht im Staate be-

deuten wollen, müssen sie sich in großzügiger Weise organisieren.

Die Wirkung der Organisation ist die Zahl.

Je größer die Zahl der einer Organisation angehörenden Mitglieder, um so größer die Macht, die von ihr ausgeübt werden kann.

Wenn hinter einer einzigen großen Organisation 5 000 000 Stimmen stehen, so muß wohl oder übel die Volksvertretung mit ihr rechnen und kann nicht achtlos an ihren Forderungen vorübergehen.

Es ist ein alter Ruf der Sozialdemokratie, der Ruf nach Organisation. der Ruf „Proletarier aller Länder vereinigt euch".

In unserer jetzigen Zeit muß alle Scheu fallen. Auch vom eventuellen Gegner muß man lernen. Uninteressiert zur Seite stehen zu bleiben bedeutet Selbstmord, ohne Anschluß an eine große Organisation seine Eigeninteressen verfolgen zu wollen, kommt dem Untergang gleich, führt mindestens zu absoluter Bedeutungslosigkeit im Wirtschaftsleben und Staatsleben. Also müssen wir uns organisieren.

Wenn wir einer bestehenden Beamtenorganisation angehören oder ihr erst beitreten, so müssen wir weiter dafür sorgen, daß sie Anschluß sucht an eine große weitumfassende Organisation, am besten an einen das ganze Reich umfassenden und Beamte aller Kategorien enthaltenden großen Beamtenbund.

Dann bekommen wir 5 000 000 Stimmen hinter uns, dann sind wir eine Macht, mit der gerechnet werden muß.

Demnach: „Beamte Deutschlands organisiert euch!"

Die Provinzialverbände täten meiner Meinung nach ja fraglos am besten sie organisierten zunächst einmal ihre eigenen Beamten in einer alle Provinzialanstalten umfassenden Organisation, ebenso aber auch ihre sämtlichen Angestellten.

Jetzt werden sie sie, wenn sie die Hände in den Schoß legen oder mit geeigneten Maßnahmen noch weiter warten, einer bestehenden großen Organisation in die Arme treiben, etwa dem Verbande der Staats- und Gemeindebeamten. und damit weder ihren eigenen noch den Interessen der Angestellten dienen.

Ein solcher Verband von Beamten und Angestellten der Provinzialverbände müßte sich dann allerdings doch noch weiter einem großzügigen alle Beamten des Reiches umfassenden Verbande anschließen.

Was nun die sog. Beamten- oder Angestelltenausschüsse anbetrifft, so glaube ich, daß es unbedingt wünschenswert sein würde, neben eventuellen Sonderausschüssen vor allem gemeinsame Beamten- und Angestelltenausschüsse zusammenzustellen, d. h. Ausschüsse, in denen sowohl die Angestellten aller Art, wie die Beamten aller Kategorien in einem gemeinsamen Ausschuß vereinigt sind.

Solch gemeinsamer Ausschuß mildert nicht nur leicht und schnell etwaige Gegensätze, sondern kommt auch bei Erörterung der verschiedensten Ansichten weit leichter zur Beseitigung von Meinungsverschiedenheiten als ein Sonderausschuß.

Manche unhaltbare Forderung wird nach gemeinsamer Aussprache modifiziert oder gar fallen gelassen und eine unnötige Belästigung der Zentralbehörde sicher eher vermieden, als wenn nur Angestelltenausschüsse eingerichtet werden.

Ein solcher Beamten- und Angestelltenausschuß hat sich in Göttingen gebildet. Ihm gehören sämtliche Beamten und Angestellten der hiesigen Provinzialbehörden — Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt mit Verwahrungshaus für geisteskranke Verbrecher, Provinzial-Heil- und Erziehungsanstalt für Fürsorgezöglinge, Provinzial - Nervensanatorium „Rasemühle" und Landesbauamt an. In dem Ausschuß sind die Beamten aller Kategorien mit sieben, die Angestellten mit acht Stimmen vertreten.

Der Ausschuß hat bereits fruchtbringende Arbeit geleistet.

Er hat den Namen „Vertrauensausschuß der Provinzialbeamten und -angestellten in Göttingen" und bildet eine Vermittlungsstelle zwischen den einzelnen in ihm vertretenen Berufszweigen und zwischen Lokalbehörden und Zentralbehörde in Hannover.

Im allgemeinen scheint sich die Einrichtung der Vertrauensmänner gut zu bewähren und eine Sitzung der Vertrauensmänner wird manche Versammlung aller unnötig machen, Zeit, Mühe und Kosten sparen.

So manche Frage bedarf gemeinsamer Aussprache, so allein schon die in der Krankenpflege undurchführbare Forderung des Achtstundentages, die Urlaubsfrage, die sich nach der Regelung des Dienstes richten muß und wo einer auf den anderen angewiesen ist, die Frage der Versorgung der Familien in Krankheitsfällen, die Frage der Dienstalterslisten, der schneller steigenden Anfangsgehälter und -löhne usf.

Auch die Frage der lebenslänglichen Anstellung

und Pensionsberechtigung betrifft Angestellte wie Beamte.

Ich halte demnach die Bildung gemeinsamer Beamten- und Angestelltenausschüsse für wünschenswert.

Wir Anstaltsärzte, die wir auf der einen Seite den Arzt, auf der anderen den Beamten zu vertreten haben, tun gut, uns in der ersten Eigenschaft dem Leipziger Verbande anzuschließen, in der zweiten einer bestehenden oder zu schaffenden guten Beamtenorganisation, die die Tendenz hat, an eine großzügige Organisation Anschluß zu suchen.

Der Vorschlag des Herrn Spliedt zur Bildung einer Gruppe beamteter Ärzte im Leipziger Verband verdient meiner Meinung nach vollste Beachtung.

Die Hauptsache ist, daß wir die Scheu vor dem Organisieren überwinden und schnell und überlegend Anschluß suchen. Organisation ist Macht! Organisation ist nicht nur ein Zug der Zeit, sondern eine dringende Notwendigkeit.

Es ist richtig, wenn Herr Spliedt erklärt: „Eine sozialistisch orientierte Behörde — und das wird unsere Regierung auf nicht absehbare Zeit sein — verhandelt nicht mit Einzelpersonen, sondern nur mit organisierten Standesvertretern."

Dr. Quaet-Faslem,
Leitender Arzt
des Prov.-Nervensanatoriums „Rasemühle"
bei Göttingen.

Nachtrag zum Artikel:

Zur Erklärung des Selbstmordes,

in Nr. 47/48, Jahrg. XX S. 302 vom 1. März 1919.

Wenn Selbstmord Vernichtung lebenswichtiger Zellen durch andere Zellen ist, so folgt, daß der Begriff Selbstmord nicht existenzberechtigt ist. Denn da der Körper sich aus Zellen zusammensetzt, würde anderenfalls der Selbstmord letzten Endes die gegen sich selbst gerichtete Tätigkeit derjenigen Zellen sein, die Träger des Lebens der Person sind. Es liegt aber außerhalb naturwissenschaftlicher Beobachtung und Erfahrung, daß eine Zelle sich vernichtet; höchstens in der Selbstvermehrung des einzelligen Lebewesens könnte bei diesem ein Selbstmord gesehen werden, aber die Fortpflanzung der Einzelle ist doch gerade Verneinung des Verzichtes auf ein Dasein in eigener, einzelner lebendiger Form und Masse. Die Einzelle gibt sich durch Selbstgeburt neues Leben, nicht den Tod.

Mithin bleibt Selbstmord jeder Art nur als Krankheitssymptom bestehen.

Bresler.

Therapeutisches.

— **Eukodal** (Dihydrooxykodeinon-Chlorhydrat) (E. Merck, Darmstadt). Ein neues Mittel zur Ersetzung des Morphins. Bericht von San.-Rat Dr. Bresler.

Eukodal ist eine neue Verbindung und von den bekannten Morphinderivaten chemisch wohl unterschieden. Es besitzt indessen reizmildernde und schmerzbetäubende Eigenschaften in solchem Grade, daß es dem Morphin in seiner therapeutischen Wirkung viel näher kommt als jene eigentlichen Abkömmlinge des Morphins. Eukodal kann mithin auch mehr als diese dem Bestreben dienen, die Anwendung von Morphin zu vermeiden und doch dasselbe zu erreichen wie mit Morphin. Eukodal erweist sich im Tierversuch (Katzen) beträchtlich weniger giftig als Morphin. Nebenwirkungen nach Eukodalgebrauch beim Menschen sind selten. Viele Beobachter haben die nach Morphin gewöhnlichen, unangenehmen Folgeerscheinungen bei Eukodalanwendung völlig vermißt. Andere heben hervor, daß Kranke, die Morphin nicht nehmen konnten, Eukodal anstandslos vertrugen. Eukodal ist ohne jeden schädlichen Einfluß auf das Herz, es kann unbedenklich bei Herzkranken und Personen mit sehr geschwächtem Herzen gegeben werden. Die Wirkung des Eukodals tritt schnell ein und ist meist ebenso stark und dauernd, wie die des Morphins. Nicht selten wird sie der Morphinwirkung überlegen befunden. Bei längerer Anwendung von Eukodal ist die Abstumpfung der Wirkung anscheinend nur sehr gering. Eukodal wurde monatelang ohne Erhöhung der Gabe mit gleichbleibendem Erfolg gegeben. Gewöhnung an das Eukodal im Sinne der Morphingewöhnung ist nach den seitherigen Erfahrungen nicht zu befürchten.

Eukodal eignet sich nicht nur in der täglichen Praxis als Sedativum und Analgetikum, sondern auch dafür, in chronischen Fällen entweder das Morphin ganz zu er-

setzen oder abwechselnd mit ihm gegeben zu werden, um die Schäden eines längeren unausgesetzten Morphingebrauchs zu verhüten.

Anwendungen: Reizzustände der oberen Atemwege. Hustenreiz, Krampfhusten, Beschwerden der Phthisiker, schmerzhafter Husten bei Bronchitiden und Pleuritiden (dem Kodein weit überlegene Wirkung). Nervöser Schnupfen, Nießkrämpfe, Heufieber. — Schmerzzustände. Gallensteinkolik, Nierenkolik, spastische Schmerzzustände. Starke Dysmenorrhöen. Schmerzen infolge Magengeschwür und Magenkrebs. Neuralgien, Ischias. Druckneuralgien durch Tumoren. Neuralgische und neuralgiforme Schmerzen nach Schußverletzungen, Nervenverletzungen, Amputationen. — Operationen. Operation kleiner Geschwülste. Bruchoperationen. Unterstützung der Lokalanästhesie. Vorbereitung der Allgemeinnarkose (Äthernarkose). Postoperative Schmerzen. Schmerzhafter Verbandwechsel.

Anwendungsweise und Dosierung: Innerlich 0,0025 bis 0,005, bei starken Schmerzen 0,01 g, tagsüber bis zu viermal 0,005 g in Form von Eukodal-Tabletten oder nach folgenden Verordnungen: Rp. Eukodal 0,005, Sacch. alb. 0,5. D. tal. dos. No. V. S. ½, bei starken Schmerzen 1 Pulver z. n. Rp. Eukodal 0,2, Aq. amygdal. amar. ad 20,0. M. D. S. 5—10, bei starken Schmerzen 20 Tropfen z. n. Rp. Eukodal 0,005, Phenacetin 0,5. D. tal. dos. No. V. S. ½, bei starken Schmerzen 1 Pulver z. n. — Subkutan 0,01, bei sehr großen Schmerzen 0,02. Zweckmäßig mit 0,01 beginnen, bei unzureichender Wirkung nach einer halben Stunde nochmals 0,01 g; nur bei sehr heftigen Schmerzen sofort 0,02 g.

Gebrauchsfertige Anwendungsformen: Eukodal-Tabletten zu 0,005 g. Röhrchen mit 10 Tabletten 2,00 M. Röhrchen mit 20 Tabletten 3,20 M. — Eukodal-Ampullen zu 0,01 g, Schachtel mit 5 Stück 2,40 M, Schachtel mit 10 Stück 4,50 M; zu 0,02 g, Schachtel mit 5 Stück 3,70 M, Schachtel mit 10 Stück 6,00 M.

Folgende klinischen Berichte liegen über Eukodal vor:

Eukodal als Narkotikum. Von Dr. W. Hesse, Assistenzarzt. Aus der Mediz. Univ.-Klinik Halle (Geh.-Rat Ad. Schmidt). Zentralbl. f. d. ges. Medizin 1917 Nr. 51.

Das von M. Freund und E. Speyer neuerdings eingeführte Eukodal (Dihydrooxykodeinonchlorhydrat) bewährte sich insbesondere bei pleuritischen Schmerzen und den mannigfachen Beschwerden der Phthisiker in der Dosis von 1 bis 2 Tabletten zu 0,005 g pro dosi bzw. 3 bis 4 Tabletten pro Tag. Die Wirkung wurde fast übereinstimmend als energischer und sicherer im Vergleich zur gleichen Dosis Morphin und Kodein bezeichnet. Bei Einspritzung unter die Haut (1 bis 2 Ampullen zu 0,02 g pro dosi bzw. 3 bis 4 pro Tag) war die Wirkung des Eukodals meist schneller und stärker als nach innerlicher Verabreichung. Anfälle von Asthma bronch. wurden auffallend schnell unterdrückt. Peritonitische Schmerzen, Ulkusschmerzen, Gallen- und Nierensteinkoliken, ferner neurogene Schmerzanfälle (Trigeminusneuralgie, Ischias und Interkostalneuralgie), sowie Karzinomschmerzen wurden wiederholt schneller und anhaltender beseitigt als von anderen Sedativa. Auch in der Beseitigung der Schmerzen bei kleinen operativen Eingriffen und Endoskopien, wie offenen Pleurapunktionen, Entleerungen großer peritonealer Ergüsse. Pleuroskopie, Laparoskopie, Ösophagoskopie und Zystoskopie wurde vom Eukodal vielfach eine stärkere narkotische Wirkung als vom Morphin gesehen. Die ersten narkotischen Eigenschaften des Eukodals bewährten sich ebenso bei psychischen Erregungszuständen mit motorischer Unruhe. Die Wirkung tritt im allgemeinen zur gleichen Zeit als nach Morphin und Kodein ein, in bezug auf die Dauer war das Eukodal den sonstigen Narkotika nicht wesentlich überlegen. Ein Reizstadium ging der sedativen Wirkung niemals voraus, desgleichen kamen unangenehme subjektive Empfindungen oder merkliche Störungen im Ablauf von Kreislauf und Atmung nicht zur Beobachtung. Auch in Fällen von Kompensationsstörung übte es keinen störenden Einfluß auf die Herztätigkeit aus. Im wesentlichen deckt sich das Indikationsgebiet des Eukodals mit dem des Morphins und Kodeins.

Über die Erfahrungen mit dem Narkotikum „Eukodal". Von Dr. M. F. Rothschild. Münch. med. Wochenschr. 1917 Nr. 51.

Die Schmerzherabsetzung durch Eukodal ist meist sehr stark und tritt verhältnismäßig schnell ein. Auf Einspritzung von 0,02 g 15 bis 20 Minuten vor dem Wechsel großer Verbände spürten die Kranken teils überhaupt nichts, teils waren die Schmerzen gegen früher viel geringer; andere Patienten wurden schläfrig oder schliefen fest und merkten gar nichts. Gegen postoperativen Schmerz war der Erfolg fast durchweg gut. Auch Neuralgien, z. B. Nervenschmerzen nach Amputationen wurden mit zwei bis drei Eukodaltabletten 0,005 oder einer Einspritzung (0,02) fast immer bekämpft. Migräneanfälle konnten direkt kupiert werden, Zahnschmerzen hörten nach zwei bis drei Tabletten fast regelmäßig auf. Auch bei Schmerzen infolge Ulcus und Carcinoma ventriculi, Koliken und Verdauungsbeschwerden wurde gute Wirkung gesehen. Hustenreiz stand auf zwei Tabletten; ein Fall von gastrischen Krisen reagierte hervorragend auf Eukodal. Als Schlafmittel wirkte Eukodal verschieden. Manche Kranke schliefen nicht, andere nach zwei bis drei Tabletten die halbe bis ganze Nacht. Einige gaben an, auf Eukodal schneller und besser einzuschlafen als auf Morphin. Mehrfach wirkte Eukodal in der ersten Nacht weniger gut, in den folgenden Nächten besser. In vielen Fällen wurde von 0,02 subkutan auf 0,01 per os zurückgegangen. — Wurde Eukodal vor Operationen zur Abkürzung des Exzitationsstadiums gegeben, so war von dem Narkosemittel weniger nötig als sonst, die Patienten wachten schneller auf. Nicht bewährt hat es sich vor Chloräthylräuschen. Für Operationen ohne Narkose reichte 0,02 Eukodal meist nicht aus. Bei kombinierter Anwendung mit Skopolamin konnten kleine Eingriffe vollständig schmerzfrei ausgeführt werden, nicht dagegen Herniotomien. — Fast immer wurde bei Eukodalgebrauch Atmungsverlangsamung, Pupillenverengerung, Blutdrucksenkung, selten auch Pulsverlangsamung bemerkt. Die Patienten hatten Schwere in den Gliedern und Mattig-

keitsgefühl. Erbrechen, Schwindel, Kopfschmerzen nur selten, dagegen vielfach Schweißausbruch.

Das neue Narkotikum Eukodal. Von Oberarzt Dr. Siegfried. Aus der chirurg. Abt. des St. Josef-Krankenhauses in Potsdam. Deutsch. med. Wochenschr. 1918 Nr. 7.

Eukodal (Dihydrooxykodeinonchlorhydrat) wurde im Vergleich zum Morphin abends bei Schmerzen nach Operationen und Verwundungen, in einigen Fällen auch bei Schmerzen anderer Art gegeben: 0,005 an sehr geschwächte Kranke, in der Regel 0,01, nur bei beginnender Gewöhnung mehr. Der Erfolg war meist ein vier- bis sechsstündiger Schlaf, beim Erwachen bestanden Schmerzen. Mehrere Verwundete zogen das Morphin vor, andere wollten vom Eukodal eine entschieden bessere Wirkung gesehen haben. Man kann sagen, daß das Eukodal dem Morphin etwa entspricht, auf keinen Fall ihm nachsteht. Mitunter kommt man schon mit kleinen Mengen Eukodal zum Ziele, wo kleine Morphingaben nicht den gewünschten Erfolg haben bzw. die exzitative Wirkung des Morphins überwiegt.

In einer größeren Anzahl von Fällen wurde regelmäßig etwa eine Stunde vor Operationen, teils Bauchoperationen, teils Operationen an den Gliedern, 0,02 Eukodal unter die Haut gespritzt. Auch bei schwer geschwächten Kranken wurde niemals eine schädigende Wirkung auf Herz und Atmung beobachtet. Sämtliche Kranke kamen in ausgesprochen schläfrigem Zustand auf den Operationstisch. Der Ätherverbrauch war gering. Im allgemeinen konnte die Narkose ohne Chloroformzusatz durchgeführt werden. Auffallend war die Abschwächung des Exzitationsstadiums. Ein schwerer Trinker schlief in mehrfacher Narkose ohne jede Exzitation ein. Bei einem kräftigen jungen Mann war trotz der vielfachen vorausgegangenen Narkosen das Exzitationsstadium nur gering. Letzterer hatte in späteren Narkosen nach Morphin wieder lebhafte Exzitation.

Im Gegensatz zum Morphin wurde vor der Narkose nach Eukodal niemals Erbrechen gesehen. Postoperatives Erbrechen, daß bei einem Kropfkranken und bei einem Hämorrhoidarier durch Morphin unbeeinflußt blieb, verschwand nach Eukodal binnen kurzem. Das Erbrechen nach der Narkose war im allgemeinen gering.

Meine Erfahrungen mit dem neuen Narkotikum „Eukodal". Von San.-Rat Dr. H. Wohlgemuth, zurzeit Chirurg eines Reservelazarettes. Therap. d. Gegenw. 1918 Nr. 8.

Als Vorbereitungsmittel zur Allgemeinnarkose ist das Eukodal dem Morphin, Morphinatropin und Pantopon mindestens gleichwertig. Es genügten 0,005 g abends

innerlich und 0,02 g subkutan ½ Std. vor der Operation. Nach vorheriger Eukodalgabe konnte an Inhalationsnarkotikum sehr gespart werden. Als schmerzstillendes Mittel wirkt Eukodal in allen Fällen prompt. Die Wirkung tritt sehr schnell — meist in 5 bis 10 Minuten — ein und ist ebenso anhaltend wie die des Morphins. In vielen Fällen war sie derjenigen des Morphins überlegen, so bei diabetischer und arteriosklerotischer Gangrän, bei der weder durch 0,02 Morphin noch durch 0,04 Pantopon eine ähnlich schnelle schmerzbefreiende Wirkung und eine ähnlich lange schmerzfreie Periode erzielt werden konnten wie durch 0,02 Eukodal subkutan. Augenfällig war auch die Wirkung bei Verwundeten, die in Durchgangslazaretten bereits viel Morphin bekommen hatten. Hier erscheint das Eukodal besonders geeignet, dem drohenden Morphinismus vorzubeugen und die schweren Schädigungen des monatelangen Morphingebrauches abzuwenden. Eukodal bewährte sich auch bei neuralgischen und neuralgiformen Schmerzen nach Schußverletzungen der Nerven, Amputationen, Nervenoperationen, Tri-

geminusneuralgien. Ferner als schlafbringendes Mittel in Gaben von 0,01 oder 0,005 bei unruhigen, nervösen Kranken. Ebenso wird die hustenreizstillende Wirkung bei Pleuritis, Bronchitis usw. — dreimal täglich 0,005 g, in schwereren Fällen regelmäßig abends zwei bis drei Tabletten zu 0,005 g — hervorgehoben. Bei Einklemmungserscheinungen infolge Nephrolithiasis hatte 0,02 g subkutan nur zweifelhafte Wirkung.

Gewöhnung an Eukodal wurde nicht beobachtet. Bei nicht zu großer Einzeldosis ist Eukodal frei von schädlichen Nebenwirkungen.

— **Schwerste akute Erkrankungen nach intravenöser Neosalvarsaninjektion.** Von E. Lottmann. Med. Klinik 1918 Nr. 23.

Zwei Fälle (der eine tödlich); die Symptome traten eine Woche nach der Injektion auf. L. faßt beide Fälle als Salvarsanvergiftung auf; sie betrafen junge Männer.

Personalnachrichten.

— **Suttrop,** Post Warstein. Dr. Widmann scheidet am 1. April aus dem Dienste der Provinz. Eingetreten ist am 21. Januar Dr. Otto Heyder als Assistenzarzt.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

HEIL-ANSTALT PÜTZCHEN

FÜR NERVEN- UND GEMÜTS-KRANKE

:: GEGENÜBER :: BONN A. RHEIN

BESITZER UND DIR. ARZT DR. A. PEIPERS :: TELEFON-ANSCHLUSS: AMT BONN Nr. 229

Eisschränke für alle Zwecke **Kühlanlagen**

in modernster gediegenster Ausführung, massiv gemauert oder zerlegbar aus Holz, unter Garantie von geringem Eisverbrauch, guter Kühlung und trockener Luft fertigt auch nach eingesandten Maßen

I. Asperger Eisschrankfabrik
Carl Fink, Asperger-Wrtbg.

:: Reichhaltiger Katalog gratis und franko. ::

Dr. Facklam's Sanatorium

Bad Suderode am Harz.

Offene Kuranstalt für Nervenleidende und Erholungsbedürftige. Das ganze Jahr besucht. Zentralheizung. Elektrisches Licht. Prospekte durch den leit. Arzt San.-Rat Dr. **Facklam,** Nervenarzt.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie

XV. Folge.

Aus der Literatur der Jahre 1916/17 zusammengestellt von San.-Rat Dr. **Joh. Bresler.**

Preis M. 1,—.

Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt für Gemüts- u. Nervenkranke

Bendorf bei Coblenz

Villenbauten, Zentralheizung, elektr. Licht, Beschäftigung der Kranken in Werkstätten und in der Gärtnerei mit Gemüsebau, Obstkultur, Treibhäusern, Tennisplatz. 14 Morgen großer Park.

Chefarzt: **Geheimrat Dr. Erlenmeyer.** **1 bis 2 Hilfsärzte.**

Prospekte durch die Verwaltung.

Kurhaus Ahrweiler, Rheinland

Zwei völlig getrennte Sanatorien für Nerven- bezw. Gemütskranke.

Besondere **Einrichtungen für Übergangsformen. Landschaftlich ausgezeichn. Lage. Große Garten-**Anlagen, **Treibhäuser, eigene Waldungen und Ateliers für Handfertigkeitsarbeiten unter fachmänn. Leitung ermöglichen Beschäftigungstherapie jeder Art. 5 Ärzte. Volle Pension mit** ärztlicher Behandlung. Preis je nach Wahl des Zimmers. Für besondere Ansprüche elegante Villen. Reiseverbindung: ab Schnellzugsstation Remagen der linksrhein. Bahn mit Nebenbahn oder Automobil der Anstalt. Prospekt auf Wunsch durch die Direktion.

Geh. San.-Rat Dr. v. Ehrenwall, leitender Arzt und Besitzer.

Die

deutschen Volks-Nervenheilstätten im Jahre 1913.

Von

San.-Rat **Dr. Joh. Bresler,**
Oberarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Lüben in Schl.

Preis M 1,—

WOLTORF (Braunschweig)

Privat-Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Fernsprecher Amt Peine 288.

Schöne ruhige Lage in waldreicher Umgebung. Großer Park. Elektrisches Licht. Zentralheizung. Entziehungskuren. Aufnahme von Pensionären.

Leitender Arzt **Dr. Alber.**

Zugerberg (Schweiz)

Kurhaus Schönfels **937 m ü. M.**

Komfortabel eingerichtetes Familienhotel.

Ruhe — Erholung — Kuren — Kurarzt im Hause.

Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.